DR. JAMAL KHALAF ALMAQABLAH

اضطرابات

طيف التوحد

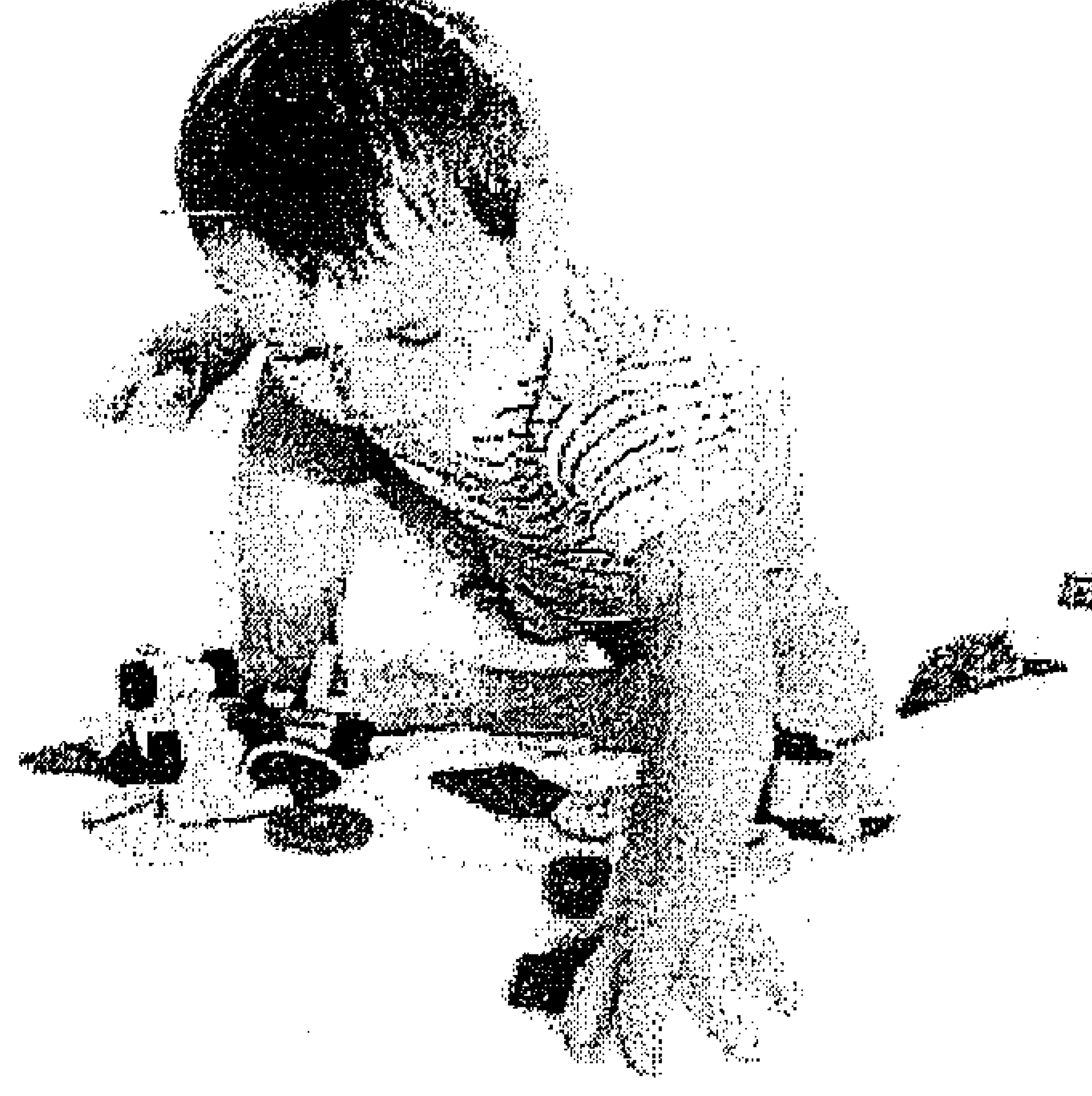
التشخيص والتدخلات العلاجية

Autism Spectrum Disorders
Diagnosis and the Remedial Interventions

الدكتور

جمال خلف المقابلة





اضطرابات طيف التوحد

التشخيص والتدخلات العلاجية

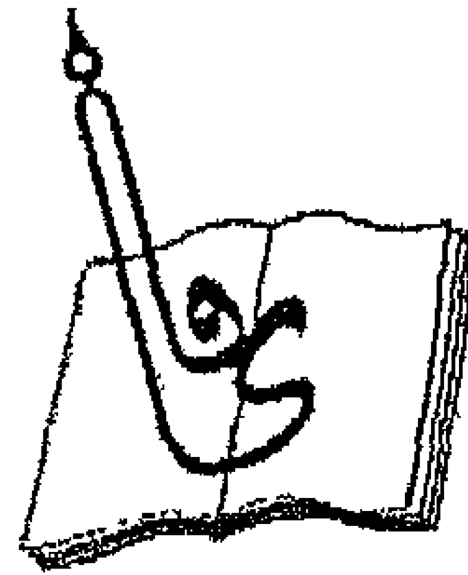
Autism Spectrum Disorders
Diagnosis and the Remedial Interventions

اضطرابات طيف التوحد

التشخيص والتدخلات العلاجية

الدكتور

جمال خلف المقابلة

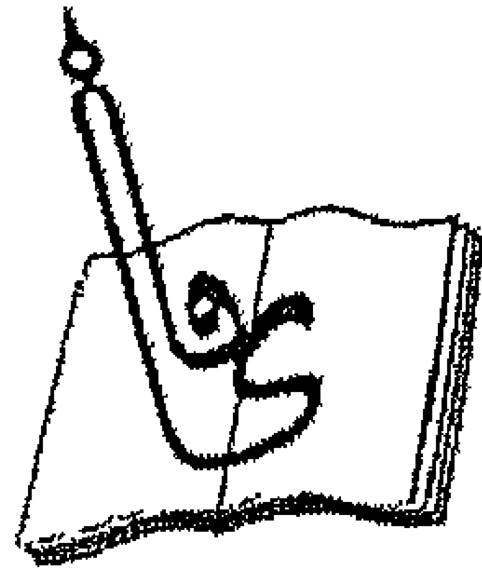


2016

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2015 /8 /3815)

المقابلة ، جمال خلف
اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية / جمال خلف المقابلة
._عمان: دار يافا العلمية 2015
( )ص.
ر.إ.: 3815 /8 /2015
الواصفات: / التربية الخاصة// الأمراض العقلية// الأطفال
يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن
رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى

الطبعة الأولى 2016



دار يافا العلمية للنشر والتوزيع

الأردن – عمان – تلفاكس 00962 6 4778770
ص.ب 520651 عمان 11152 الأردن
E-mail: dar_yafa @yahoo.com

الإهداء

إلى روح والدي و والدتي الطاهرتين اللذين دعوا لي بالتوفيق والفلاح آناء الليل وأطراف النهار.

إلى الإنسانة التي كان دعمها لي بلا حدود ، وتعجز الكلمات عن وصفه.... إلى زوجتي ورفيقه دربي رمز الإيثار والتضحية والصبر والنجاح.

إلى ولدي الغالي جواد. وإلى المؤنسات الغاليات بناتي سارة و رفيف ويانا و جيداء.

إلى كل من كان المثل في الأخوة الصادقة والتضحية.

إلى كل من ساندني في مهمتي هذه.

إلى كل من أنار شمعة أمام أطفالنا ذوي الاحتياجات الخاصة .

إلى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرهم .

مقدمة الطبعة الأولى

الحمد لله الذي شرف القلم فكان أول المخلوقات ، واصلي على خير الأنام محمد بن عبدالله علية أتم الصلاة والسلام ، أما بعد

تعتبر اضطرابات طيف التوحد من الاضطرابات التي تم التعرف حديثا مقارنة ببقية فئات التربية الخاصة . ونضرا لما اتسمت به هذه الفئة من غموض في سماتها بالإضافة إلى تقاطعها مع بعض الفئات الأخرى بالكثير من السمات ، جعل من الصعوبة تحديد معايير دقيقة تساعد في تشخيص دقيق لهذه الفئة .

إن الزيادة في نسبة انتشار هذا الاضطراب بالإضافة إلى توفر مراكز الأبحاث النفسية والتربوية شكل حافزا للكثير من المهتمين بهذه الفئة لإجراء الدراسات والأبحاث والتي ساهمت بالتقدم التدريجي في وضع معايير دقيقة لتشخيص هذا الاضطراب وكانت البدايات من معايير(ليو كانر)1943 واستمرت جهود المهتمين والباحثين حيث صدر في عام 2013 الإصدار الخامس الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض العقلية (ASM-V)عن جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychological Association ,APA) والذي جاء بمعايير حديثة لتشخيص هذا الاضطراب شكلت نقلة نوعية في مجال التشخيص والقياس لهذا الاضطراب .

يتناول هذا الكتاب فئة مهمة من فئات التربية الخاصة ، وهي فئة اضطرابات طيف التوحد ، وقد ركز الباحث وبشكل رئيس على جانب قياس وتشخيص هذه الفئة نضرا لما يشكله هذا الجانب من أهمية ، حيث يتعرض هذا الكتاب إلى البدايات الأولى للتعرف على هذا الاضطراب وكيف تطورت معايير تشخيصه في الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث والرابع والخامس والمراجعات التي أجريت لهذه الإصدارات كما أشار إلى أدوات القياس المستخدمة للتعرف علية وتشخيصه والدراسات التي أجريت في مجال تشخيص اضطراب طيف التوحد ، بالإضافة إلى تعريف القارئ على مفهوم هذا الاضطراب وأسبابه وخصائص هذه الفئة ونسبة انتشارها .

ويأمل المؤلف أن يجد القارئ لهذا الكتاب ما يفي حاجته من معلومات تعنى بهـذا الاضطراب من حيث تعريفة وأسبابه وتطور تشخيصه والدراسات العالمية والعربية الـتي تناولت مجال تشخيص هذا الاضطراب وأدوات القياس العالمية والعربيـة الـتي صـممت للتعرف علية ، وكذلك أساليب التدخلات العلاجية المختلفة لهذا الاضطراب.

وبنوع من التفصيل تناولت فصول هذا الكتاب الموضوعات التالية :

حيث يتناول الفصل الأول مفهوم التوحد وتعريفة ويشير إلى أهم التعريفات العالمية والعربية له . كما ويتناول هذا الفصل الأسباب المختلفة التي قد تؤدي لهذا الاضطراب ، بالإضافة إلى خصائص هذه الفئة ونسبة انتشارها.

أما الفصل الثاني فيلقي الضوء على مفاهيم القياس والتقويم والتشخيص والشروط التي يجب أن تتمتع بها أداة القياس والفرق بين هذه المفاهيم وكذلك الصعوبات التي تواجه عمليات القياس والتقويم والتشخيص ، بالإضافة إلى العديد من أنواع أدوات القياس وأخيرا الأخلاقيات التي لا بد أن يتحلى بها من يتولى عملية القياس والتشخيص .

ويتناول الفصل الثالث بدايات عملية تشخيص اضطرابات طيف التوحد ابتداء من معايير كانر عام 1943 مرورا بمعايير كريك 1961 واسبرجر ومعايير روتر عام 1973ثم معايير (DSM – III) عام 1980 والمراجعة التي أجريت لها عام 1987 وكذلك معايير (DSM – VI) التي صدرت عام 1990 والمراجعة التي أجريت لها عام 2000، ويتطرق هذا الفصل أيضا إلى معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد الصادرة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض العقلية الإصدار التاسع والعاشر .

أما الفصل الرابع فيلقي الضوء على معايير تشخيص التوحد الصادرة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM – V) ، حيث يوضح الباحث فيه بالتفصيل المعايير الحديثة والأسباب التي دفعت (American Psychological Association ,APA) إلى وضع مثل تلك المعايير وأهم الفروق بين هذه المعايير والمعايير التي صدرت في الدليل الثالث والرابع ومبررات هذه التغيرات .

ويلقي الفصل الخامس الضوء على أهم أدوات القياس العالمية والمحلية والعربية التي استخدمت في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد منذ عام 1980 حيث صدر مقياس (Childhood Autism Rating Scale , CARS,1980 الذي استند الباحث في بناءة على معايير (DSM – III) وحتى مقياس مقياس جليام لتقدير للتوحد الطبعة الثالثة :(Gilliam Autism Rating Scale, GARS-111,2014) الذي استند الباحث في بناءة على معايير (DSM –V)، حيث تم تسليط الضوء على عدد فقرات ومجالات كل مقياس وعلى الأساس ألنضري الذي انطلق منه كل باحث في بناء مقياسه ، وطرق تصحيح كل مقياس ، كما تضمن هذا الفصل فقرات بعض المقاييس .

ويتطرق الفصل السادس من هذا الكتاب إلى أهم الدراسات العالمية والعربية والمحلية التي تناولت تشخيص اضطرابات طيف التوحد ، وتمت الإشارة في هذا الفصل إلى هذه الدراسات من حيث أهدافها والأسئلة التي تجيب عليها وحجم العينة والفئات التي تشملها بالإضافة إلى نتائج هذه الدراسات .

ويتضمن الفصل السابع من هذا الكتاب التدخل المبكر والتدخلات العلاجية التي تستخدم لعلاج هذه الفئة أو تخفيف شدة الأعراض التي تعاني منها تلك الفئة، كما تم تناول البرنامج التربوي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بإسهاب .

ويحتوي هذا الكتاب أيضا على ملحقان الأول على تعريف للمصطلحات الأكثر شيوعا في القياس والتقويم والثاني على تعريف للمصطلحات الشائعة في التربية الخاصة وفي حقل واضطراب طيف التوحد .

وأخير فأنني أرجو من المولى جلت قدرته أن يلبي هذا الكتاب حاجات الدارسين والباحثين في هذا المجال وكذلك العاملين مع هذه الفئة من فئات التربية الخاصة .

المؤلف

الفصل الأول
اضطرابات طيف التوحد

- مقدمة
- مفهوم اضطرابات طيف التوحد
- تصنيف اضطراب طيف التوحد
- نسبة الانتشار
- أسباب اضطرابات طيف التوحد
- خصائص الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد

مقدمة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا نظرا لتنوع نماذج الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب وتفاوت قدراتهم ومهاراتهم . ورغم وجود خصائص أساسية مشتركة بينهم ، إلا أن الأعراض والخصائص التي تشير إلى التوحد تظهر على شكل أنماط كثيرة ومتداخلة تتدرج من البسيط إلى المتوسط إلى الشديد ، و يعد التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة التي اكتشفت حديثاً مقارنة مع باقي الإعاقات ، ويؤثر اضطراب التوحد في الجوانب الاجتماعية واللغوية والسلوكية للفرد .

منذ قرابة القرن ونصف القرن من الزمان كان هناك اهتمام واضح بالفصام " schizophrenia" ومن بين فئات المصابين كانت هناك فئة يطلق عليها اسم فصام الطفولة " Hebephrenic " أو فصام المراهقة ، والدلالة الأساسية لسمات الفصام بصفة عامة هي عدم ترابط الأفكار واضطراب التفكير (إدريس 2000) 0

تعتبر الجذور التاريخية للاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد موضوعاً جدلياً حيث تشير بعض التقارير العلمية إلى أن الاهتمام بهذه الفئة يعود إلى البداية العلمية للتربية الخاصة وتحديداً الطفل الذي وجده إيتارد (Itard-1801-1807) في غابات الافيرون الفرنسية وسماه فيما بعد " فيكتور " حيث كان يعاني من التوحد إضافة إلى الإعاقة العقلية الشديدة.

وقدم الطبيب النفسي بلوير (Bleuler-1911) أول وصف للتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص الفصاميين وشبهه بما وصفه فرويد (Freud) بالإثارة الذاتية (outo-eroticism) والانسحاب من الواقع واللعب بأجزاء الأشياء والتكيف المحكوم بالمشاعر وهي من الصفات الرئيسية للتوحد (ذيب ،2005).

وقد تعددت المصطلحات التي تدلل على موضوع التوحد في اللغتين العربية والانجليزية، ففي اللغة العربية شاع مصطلح التوحد ، وقبلها شاع مصطلح فصام الطفولة ، وفي اللغة الانجليزية يستخدم مصطلح (Autism) ليشير إلى حالات التوحد ، ومصطلح الطفل التوحدي (Autistic Child) (الروسان ،2010).

تعريف التوحد

يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية ، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض وتصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية ، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغير (الشيخ ذيب ،2005) .

وسوف نعرض أولاً بعض التعريفات والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد بتسميات مختلفة .

تعريف كانر التشخيصي Kanner Diagnostic Definition (1943)

يعد "**كانر**" (Kanner) سنة 1943 أول من حاول تعريف التوحد ، وعرفه على أنه : اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل، ويعاني الأطفال المصابون من الصفات التالية مركزا على الصفتين الأولى والثانية كمعيار في تشخيص التوحد :

- نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين .
- الحفاظ على الروتين ومقاومة التغيير.
- تمسك غير مناسب بالأشياء .
- ضعف القدرة على التخيل .
- العزلة الشديدة (الزارع ، 2003)

عرفت الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America , ASA, 2006) التوحد بأنه اضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي للطفل يشمل الجوانب النمائية الثلاثة : الكفاءة الاجتماعية ، التواصل والنمطية المتكررة من السلوكيات و الاهتمامات والنشاطات .

ويعرف الروسان (2010) اضطراب التوحد على أنه اضطراب سلوكي نمائي يتمثل في صعوبة التفاعل الاجتماعي ، وصعوبة التواصل اللفظي ' والسلوك النمطي المتكرر ، والتي تظهر قبل سن الثالثة من العمر .

أما القانون الأمريكي الفدرالي (IDEA) فيعرف اضطراب طيف التوحد بأنة إعاقة تطورية تؤثر في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، والتفاعل الاجتماعي عموماً يظهر قبل السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وينعكس أكثر على أداء الطفل . والسمات الشخصية الأخرى المرتبطة بالتوحد هي تكرار الأنشطة والحركات النمطية ، مقاومة التغير في البيئة أو الروتين اليومي، إظهار الاستجابات غير العادية للخبرات الحسية (Halahan , Kauffman ، Pullen, 2012).

أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض (ICD -10) فقد عرف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات 0(ICD _10 , 1992 , 1996 ,2007,2010)

ويمكن من خلال التعريفات السابقة، وإضافة إلى التطورات التي طرأت على هذا المفهوم، النظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تلحق بعملية النمو، سواء في سرعتها خلال سنوات النمو ، لاسيما في الطفولة المبكرة، وعليه يمكن تعريف الطفل التوحدي بأنه "ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، واستغراق في التفكير ، مع ضعف في الانتباه، وضعف في التواصل ، كما يتميز بنشاط حركي زائد، ونمو لغوي بطيء ، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية، ويقاوم التغيير في بيئته، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره ، والتعلق بهم".

وختاماً، يمكن من خلال هذا التعريف، القول بأنها تركز على العديد من المظاهر السلوكية التي ينفرد بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتوافر في كافة الكتابات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكية هي:

- أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.
- إنه اضطراب يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره من قبيل: الانشغال الزائد بالذات، وقلة الاهتمام بالآخرين، وضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله، وأنه روتيني في أدائه للأعمال و يقاوم التغيير بشدة، ويؤثر العزلة، وأنشطته محدودة جداً، وأنه في احتياج إلى الاعتماد على الآخرين و التعلق بهم، وأن نشاطه الحركي قد يكون زائدا عن المعتاد و يتميز بأنه نشاط غير هادف. (الحسائي، 2005)

تصنيف اضطراب طيف التوحد:

اعتمد الباحث في تعريفه لاضطراب التوحد على تصنيف DSM-IV والذي جاء تحت عنوان اضطرابات النمو المعممة(Pervasive Development Disorders)

1 –**الاضطراب التوحدي** Autistic disorder

أ – يتسم هذا الاضطراب بتوافر خمسة بنود أو (أكثر) وذلك من الفقرات (ا) (ب) (ج) شريطة أن يوجد بندان من الفقرة (1) وبند من الفقرة (2) والفقرة (3).

(ا) الإعاقة النوعية في التفاعلات الاجتماعية، وذلك في عرضين من الأعراض التالية :

1. الإعاقة الملاحظة الظاهرة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل النظر إلى العين، التعبير الوجهي، الأوضاع والحركات البدنية، والوضعيات الرامية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي.
2. العجز عن إقامة علاقة مع الأصدقاء من العمر نفسه متناغمة و متوافقة تناسب مع السن والتطور في العمر.
3. عدم وجود نزوع تلقائي في التفتيش عن مشاركة في المسرة وفي الاهتمامات، أو الإنجازات مع الأفراد الآخرين (أي فقدان إظهار، أو جلب، أو الإشارة إلى الاهتمامات).
4. فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

ب ـ الإعاقات النوعية في الإيصال التي تظهر بواحد من السلوكيات التالية على أقل شيء :

1. تأخر، أو فقدان كامل في النمو الكلامي اللغوي (غير مصحوب بمحاولة للتعويض من خلال أنماط بديلة من الاتصال البدني)
2. عند الأفراد ذوي النطق المقبول، نجد إعاقة واضحة في القدرة على البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.
3. فقدان اللعب المختلف الضروب التلقائي أو اللعب المقلد المناسب لمستوى اللعب.
4. استعمال اللغة استعمالاً نمطياً وتكرارياً.

ج ـ أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه (مكررة)، وتكرارية محدودة، تظهر بواحد على الأقل من الأشكال التالية:

1. الانشغال بنمط واحد أو أكثر من أنماط تمارس بالوتيرة نفسها بالصورة ذاتها من الاهتمام يكون غير سوي في الشدة أو التركيز.
2. إلحاح أو التزام غير مرن كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وظيفية أو طقوسية.
3. سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (مثل ليّ أصابع اليد،أو قذف اليد أو الإصبع بعنف، أو إجراء حركات معقدة في كامل الجسم).
4. الانشغال الملح والإصرار بأجزاء الأشياء.

د ـ تأخر أو وظيفة شاذة غير سوية في واحد على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بلوغ سن الثالثة.

- التفاعل الاجتماعي.
- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.
- اللعب التخيلي أو ألترميزي.

هـ ـ اضطراب لا يدخل في تصنيف مرض (ريت) Rett أو في اضطراب الطفولة الانحلالي childhood Disintegrative disorder

2. اضطراب "ريت" Rett's disorder

تم التعرف على عرض أو اضطراب ريت من قبل الدكتور (أندرسون ريت) عام 1966 باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي و قد اظهر تشريح أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اختلال باثولوجي مقارنة بحالات التوحد ومع ذلك يظهر الأطفال المصابون بعرض ريت بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل حركات اليد التكرارية ، المشي على أطراف الأصابع ،أرجحة الجسم و مشاكل النوم ،

أ. اضطراب ريت يكون في الأعراض التالية :

1. يبدو ظاهرياً سوي النمو ما قبل الولادة و حين الولادة .
2. يبدو ظاهرياً سوي النمو على المستوى الحركي ـ النفسي خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.
3. يبدو محيط رأسه سوياً عند الولادة .

ب. تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي :

1. بطء نمو الراس ما بين عمر 5ـ 48 شهراً
2. فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقاً ما بين عمر 5 ـ30 شهراً مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد)
3. فقدان الانخراط الاجتماعي باكراً
4. ظهور عدم التناسق في المشية أو في حركات الجذع
5. نمو بطيئا في اللغة التعبيرية و الاستقبالية إضافة إلى تأخر نفسي ـ حركي

3- اضطراب الانحلال الطفولي (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة

(Childhood Disintegrative Disorder)

ويتميز هذا الصنف من الاضطرابات بما يلي :

- نمو سوي ظاهراً لمدة أقلها سنتان بعد الولادة باتصال غير لفظي ، أو لفظي مناسب للعمر ، أو في العلاقات الاجتماعية ، و في اللعب ، و السلوك التكيفي أيضاً

- فقدان هام للمهارات المكتسبة كما تظهر سريريا (قبل بلوغ سن العاشرة) و ذلك في مهارتين على الأقل من المهارات التالية :
  (1) اللغة التعبيرية أو الاستقبالية .
  (2) المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي .
  (3) ضبط التغوط أو التبول .
  (4) المهارات الحركية.

شذوذ وظيفي في وظيفتين على أقل تقدير في المجالات التالية :

(1) عجز نوعي في التفاعل الاجتماعي (أي تأذّ في السلوكيات غير اللفظية، و فشل في تنمية العلاقات مع الأنداد، فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي)
(2) عجز نوعية في الاتصال (أي التأخر أو ضعف في اللغة المنطوقة ، العجز في البدء في الكلام ، أو الاستمرار فيه ، استخدام تكراري و نمطي للغة ، فقدان اللعب المتنوع)
(3) أنماط محددة من السلوك النمطي و التكراري ، و الاهتمامات ، و النشاطات و من ضمنها التكلفات الحركية و النمطية .

د. اضطراب لا يعد ضمن اضطراب نمو معمم أخر أو ضمن الاضطراب الفصامي .

4. اضطراب "اسبرجر" (A spereger's Disorder)

يعود مصطلح اسبرجر إلى الطبيب الاسترالي هانس اسبرجر الذي قام سنة 1944 بتصنيف مجموعة الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التفاعل الاجتماعي و الاتصال بفئة خاصة و قد تم تسميتهم نسبة إليه ، و اليوم يستخدم مصطلح اسبرجر من قبل جمعية الأطباء الأمريكيين و من قبل العديد من العاملين في هذا الميدان بحيث ينظر إلى الأطفال الذين يقعون ضمن هذا المصطلح باعتبارهم فئة خاصة تختلف عن فئات الاضطرابات الأخرى (الراوي ، حماد 1999).

و تظهر أعراض اسبرجر كما وردت في التصنيف التشخيصي كما يلي :

أ ـ إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي تبدو في مجالين من المجالات التالية :

(1) إعاقة واضحة في استعمال سلوكيات غير لفظية متعددة مثل النظر عيناً إلى عين ، التعبير الوجهي ، حركات الجسم و الوضعيات المنظمة للتفاعل الاجتماعي .

(2) الإخفاق في علاقات مع الأنداد متناسبة مع درجة النمو .

(3) فقدان التفتيش التلقائي عن مشاركة المسرة، والاهتمامات أو الإنجازات مع الأشخاص الآخرين.

(4) فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

ب ـ أنماط متكررة محددة على الشاكلة نفسها من السلوكيات، والاهتمامات والنشاطات تظهر بواحدة على الأقل من المظاهر التالية:

1. الانخراط بانشغالات أو بواحد من الأنماط المحددة المنفذة تنفيذاً نمطياً وعلى الشاكلة نفسها من الاهتمام الذي يكوم شاذاً إما في الشدة أو في التركيز

2. الالتزام غير المرن كما يبدو ظاهرياً في أعمال روتينية غير هادفة نوعية ، أو في طقوسيات .

3. سلوكيات تكلفية حركية متكررة وعلى نمط واحد (مثل ليّ الذراع ، القذف العنيف لليد أو الأصبع، أو القيام بحركات جسمية معقدة لكامل الجسم) .

ج ـ يسبب الاضطراب إعاقة هامة سريريه في المجالات المهنية والاجتماعية أو الميادين الأخرى الهامة من الوظيفة .

د ـ لا يوجد سريريا تأخر عام هام في اللغة (الكلمات المفردة المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثاني ، الجمل التواصلي المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثالث) .

هـ ـ لا يوجد سريريا تأخر عام هام في النمو المعرفي أو في نمو مهارات العون الذاتي المتوافقة مع السن ، وفي السلوك التكيفي (عدا التفاعل الاجتماعي) وفي سلوك الفضول والتعرف على المحيط في الطفولة .

و ـ المعايير لا تتطابق مع اضطراب النمو المعمم النوعي الآخر ولا مع الفصام .

5- الاضطرابات النمائيه الشاملة غير المحددة

(Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified (PDD-NOS)

يتعين استخدام هذا التصنيف حينما توجد إعاقة معممة حادة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية ، أو عندما يوجد السلوك ، والاهتمام ، والنشاطات النمطية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب نمو معمم نوعي ولا مع معايير الفصام ، أو معايير اضطراب الشخصية التجنبي، فمثلا إن هذا التصنيف يتضمن الاضطراب التوحدي غير النموذجي فالأعراض في هذا التصنيف لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر ، كما وأنه غير نموذجي من ناحية المظاهر، أو أن الأعراض دون العتبة ،أو أنها تجمع جميع الأمور (الحسائي، 2005).

وفيما يلي ذكر لأنواع من الاضطرابات غير مذكورة في التصنيف و تتشابه في بعض أعراضها مع التوحد ويفضل اليوم الكثير من الباحثين أن تدرج تحت بند طيف التوحد :

متلازمة الكروموسوم الهش : Fragile X syndrome

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأنثوي X ويظهر في 10 ٪ من أطفال التوحد وخاصة الذكور ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط ،و للطفل صفات معينة مثل بروز الأذن ، وكبر مقاس محيط الرأس مرونة شديدة في المفاصل ، وغالباً ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت ،و اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي ، واضطرابات معرفية .

متلازمة لاندو ـ كليفنر : Landau-Kleffner Syndrome

في هذه الحالة ينمو الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللغوية بسرعة بعد ذلك،و غالباً ما يشخص الطفل خطئاً على أنه أصم ،فهناك حاجة لاستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة ،و من الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه ، عدم الشعور بالألم ، الكلام التكراري ، وقصور المهارات الحركية .

متلازمة موبياس Mobius syndrome

تسبب عدة مشكلات في الجهاز العصبي المركزي ربما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كتلك التي تنتج عن التوحد .

متلازمة كوت Kott syndrome

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها تتمثل في عدم المقدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين إراديا ً .

متلازمة سوتوس Sotos syndrome

تتسبب بسرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهيه شاذة

اضطراب التصلب الحدبي :(Tuberous Sclerosis Disorder):

وهو عبارة عن اضطراب جيني وجد في نحو (1-3٪) من حالات التوحد ومن أعراضه : نوبات حركية، أورام في الغدد الدهنية، بقع جلدية، أحيانا أعاقات عقلية مصاحبة، و(30٪) من هذه الحالات مستوى الذكاء لديها عادي (Rutter,2005).

متلازمة وليام :(Williams Syndrome) :

وهو اضطراب جيني يحدث في (20000/1) حالة يظهر منذ الولادة ولكن لا يشخص إلا في مراحل متقدمة من العمر ومن أعراضه: التأخر في الوقوف والمشي، ضعف في التناسق الحركي، مشكلات في القلب، تظهر المشكلات التوحدية على شكل نقص في المهارات الاجتماعية، وحساسية للأصوات ، وضعف في الانتباه، وتأخر لغوي (الزريقات،2004).

متلازمة توريت : (Tourette Syndrome) :

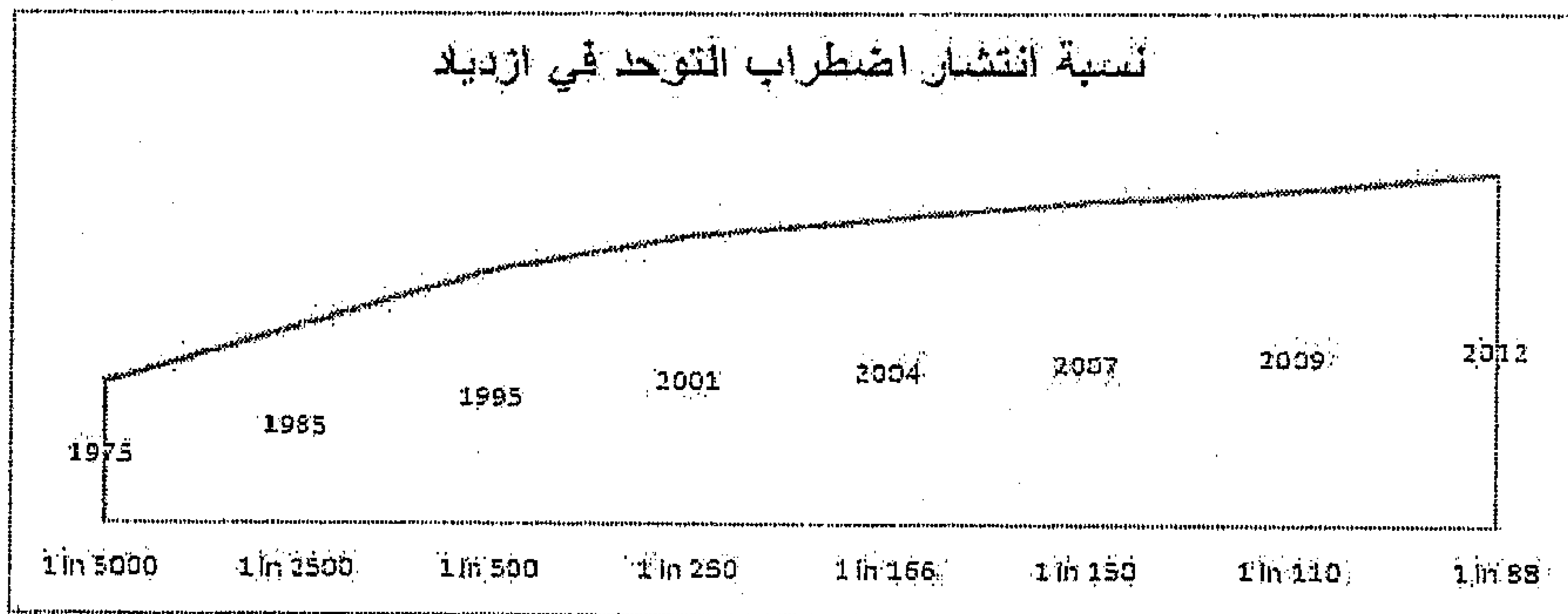
وهو اضطراب وراثي يصيب الجهاز العصبي المركزي تظهر أعرضه قبل (18) سنة،وتكون على شكل تقلصات حركية لا إرادية ومتكررة وتقلصات في القدرات النطقية (قزاز،2007) .

نسبة الانتشار

تباينت نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت بهدف تحديد نسبة انتشار التوحد وذلك لاختلافات في التعريفات والمحكات المستخدمة في تشخيص الاضطرابات (Dianne,1992) وتختلف نسبة الانتشار في المجتمع تبعا لعدد من المتغيرات ، أهمها تصنيف حالات التوحد ، الحالة العقلية ، والجنس ، ومع ذلك تصل إلى حوالي (7.5 %) لكل (10.000) طفل . وتظهر هذه النسبة لدى الذكور أكثر من الإناث في كل المجتمعات ، وتظهر لدى (80%) من حالات التوحد أعراضا من تدني القدرات العقلية ، الصرع ، صعوبات التعلم ، أو الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ، وتشكل حالات إسبيرجر(%) 2من مجتمع الأطفال التوحديين . حيث تحدث اسبيرجر لدى حالة أو حالتين من كل (10.000)طفل (الروسان ،2010).

أما في أوروبا فقد أشار ميسيبوف وشيا وادمز (Mesibove , Shea ,V ,Admas , L, 2002) اعتمادا على دراسات مسحية في كل من بريطانيا و الدانمارك والسويد أن النسبة تتراوح ما بين (4 – 5) لكل (10.000) مولود.

وتشير احدث الدراسات التي صدرت خلال شهر آذار للعام (2014) عن مركز السيطرة والوقاية من الأمراض (Center of Diseases Controls and Prevention,2014) أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغت حالة واحدة لكل (68) طفل ، وان هذه النسبة تظهر بين الذكور أكثر من الإناث بمعدل (1: 5) .



الشكل(1) يبين إن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في ازدياد

أسباب الإصابة باضطراب التوحد

لكون اضطراب طيف التوحد اضطراب معقد ومظاهره السلوكية متشابكة مع كثير من الاضطرابات ، فقد كان ذلك مجالا لكثير من الدراسات التي حاولت التعرف على أسبابه وقد تعددت العوامل التي ذكرت في كثير من الدراسات كأسباب للتوحد ، اعتمادا على اختلاف الاختصاصات و الاهتمامات بين الباحثين وتنوع خلفياتهم النظرية . ومع كثرة الأسباب وتنوعها إلا إنها ما زالت نظريات وكثير منها فرضيات لم يثبت مسؤولية أحدها بمعزل عن الأخرى ونتيجة للدراسات الحديثة ، والخبرات الإكلينيكية ، فإن الافتراضات السابقة حول التوحد لم تعد مقبولة ، إذ أن التأكيد قد انتقل من الوالدين كأسباب لهذا الاضطراب إلى الجوانب المعرفية والبيولوجية والاضطرابات النمائية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أنفسهم وهذا الانتقال جاء من قبل المجموعات الداعمة المؤلفة من آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والاختصاصين (الخطيب ، الصمادي ، الروسان ، الحديدي ، يحيى ، الناطور ، الزريقات، العمايرة ، السرور، 2011).

ومن النظريات والفرضيات الحديثة التي تفسر حدوث اضطراب طيف التوحد

1- **الفرضيات الوراثية والجينية**: (Hereditary & Genetic Hypothesis)

تشير الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا المجال، كما اشار (قزاز،2007) ان للجينات دور قوي وبارز في حدوث اضطراب التوحد ، حيث أشارت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة أن نسبة إصابة الفرد باضطراب التوحد في التوائم المتطابقة أعلى منها في التوائم غير المتطابقة، حيث كانت النسبة في التوائم المتطابقة تتراوح ما بين (60٪ - 100٪) أما في غير المتطابقة لم تتجاوز النسبة (50٪)، وهذا يعطي تفسير بأن للجينات دور رئيسي لظهور اضطراب التوحد ، بالإضافة إلى ذلك أشارت نتائج الدراسات العائلية ان ظهور طفل أخر مصاب بالتوحد لدى أسرة لديها طفل مصاب بالتوحد (20/1) وهي أعلى مقارنة مع الأسر التي ليس لديها طفل مصاب بهذا الاضطراب.

وأشارت (هارون،2008) أن هنالك عدد من الكر وموسومات تفسر حدوث اضطراب التوحد ومن هذه الكر وموسومات هي : (2 ، 7 ، 13 ، 15 ، 16 ، 17 ، X) والكروموسوم الأخير مشترك بين التوحد ومتلازمة ريت ومتلازمة الكروموسوم X الهش .

ولم يتفق العلماء كما أشار (الظاهر،2009) على خلل في كروموسوم معين وحالات التوحد، فهنالك من ربط بين الكروموسوم رقم (2) وحالات التوحد، لاعتقادهم بوجود علاقة بينه وبين اضطرابات النطق، وهنالك من ربط بين الكروموسوم رقم (3) وحالات التوحد، حيث يعتقد بأن وجود جين يدعى (Gat)، وهذا الجين يصنع البروتين والذي يعمل مع أحد النواقل العصبية (Gaba)، وإيصال الرسائل بين خلايا الدماغ ، زيادة أو عدم اتزان (Gaba) ينشط خلايا الدماغ فوق الحد الطبيعي، مما يؤدي إلى ظهور السلوكيات التوحدية ، والبعض الآخر ربط بين الكروموسوم رقم (7) وحالات التوحد حيث يحتوي هذا الكروموسوم على مجموعة من الجينات لها وظائف معينة ومحددة هي : (Fox 2)، وهذا مرتبط باضطرابات النطق واللغة وتعابير الوجه والانفعالات و(Wnt 2) مسئولة عن مصير وتنقل ووظائف الخلايا في جسم الجنين و (Reln) مسئولة عن تنظيم خلايا الدماغ خلال تطور الجنين .

2- **النظرية العصبية :**(Neurological Theories) :

أظهرت بعض الاختبارات التصويرية التي أجريت لدماغ الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بأن هنالك اختلافا واضحا في شكل الدماغ وتوجد فروق في المخيخ اذا ما قورنت بالأطفال العاديين، وتبين بأن هنالك ضمور في المخيخ نسبة(13٪) عند التوحديين وخاصة في خلايا البيركنجي (Purkinje). (الراوي ، حماد،1999).

وفي كلية هارفارد الطبية قامت الدكتورة بايومان (Bauman) بتشريح الدماغ لجثة (30) من الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد تمتد أعمارهم بين (5-74) عاما اكتشفت علامات غير طبيعية في تركيب الدماغ، ومع اختلاف واضح في المخيخ وحجم المخ وعدد معين من خلايا البيركنجي (Purkinje Cells) (هارون،2008)

وقد بينت دراسات أخرى بأن هنالك شذوذ وخلل في النشاط الكهربائي أو قصور وظيفي، لأداء جذع الدماغ وهنالك من يعزو ذلك إلى الخلل في القشرة الدماغية ، والتي قد تكون مسؤولة عن السلوكيات التوحدية وخاصة المتعلقة باللغة. (الظاهر،2009).

وتوصل كل من باومان وكامبر (Bauman & Kamper,1995) إن وزن الدماغ لدى الأطفال المصابين بالتوحد أكثر وزنا من أدمغة أقرانهم العاديين في مرحلة الطفولة، ويكون وزن أدمغتهم اقل في مرحلة البلوغ، وان هنالك خلل في الخلايا الموجودة في المخيخ إذ إن نموها غير طبيعي إما فرط أو نقصان في النمو الأمر الذي يؤثر على وظائف المخيخ .

3- **النظريات البيوكيميائية :**(Biochemical Hypothesis) :

تفترض هذه النظرية حدوث خلل في النواقل العصبية كالسيروتونين (Serotonin) والدوبامين (Dopamine) والببتيدات العصبية (Neuropeptide)، حيث الخلل البيوكيميائي في إحدى هذه النواقل العصبية له اثار سلبية على الفرد كإفراز الهرمون وحرارة الجسم والشعور بالألم وفي المزاج والذاكرة .(الخطيب، الصمادي، الروسان، الحديدي، يحيى، الناطور، الزريقات، العمايرة، السرور،2011).

وقد أشارت نتائج البحوث التي أجريت على الناقل العصبي السيروتونين (Serotonin)، حيث أن هذا الناقل العصبي مرتبط بدرجة عالية بالعمر حيث يكون بمستوى عالي في المراحل المبكرة من العمر، ويتناقص في مرحلة المراهقة إلى إن يستقر في مرحلة الرشد، ولكن لدى ذوي اضطراب طيف التوحد من أفراد الدراسة وجد إن هذا الناقل يستمر مدى الحياة بنسبة (30 – 40 ٪) ومن وظائف السيروتونين التحكم بالنوم وتناول الطعام والشهية وحرارة الجسم والإحساس بالألم (Zager,2005).

ووجد بأن هنالك خلل في نواقل عصبية أخرى كارتفاع الناقل العصبي الدوبامين لدى بعض الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وانخفاضه لدى البعض الأخر بالمقارنة مع النسب الموجودة لدى الحالات العادية ، وتمت الإشارة إلى وجود خلل في نسب

الادرينالين (Epinephrine) في الدم والدماغ لدى الأفراد التوحديين (Gillberg & Coleman,1992)

4- **النظريات البيولوجية :** (Biological Theories) :

تفسر هذه النظرية إصابة الفرد باضطراب التوحد نتيجة خلل أو تلف يصيب خلايا الدماغ أو عدم اكتمال نمو خلايا الدماغ لدى الفرد، وهذا يفسر حدوث إصابات اخرى مصاحبة لاضطراب التوحد كالصرع والإعاقة العقلية (الخطيب واخرون،2011)

وأشارت دراسات كل من بارسيل (Parsell) وروتر(Rutter) ومايبرغ (Maimburg) وفايث (Vaeth) كما أوردها (العلوان ,2014) إلى مجموعة من الأمراض والعوامل المرتبطة بالأم الحامل، والتي بدورها تزيد من احتمالية إصابة الطفل باضطراب التوحد تمثلت في : الحصبة والحصبة الألمانية ونقص نشاط الغدة الدرقية وفيروسات الحمل ومشكلات جهاز المناعة وتعاطي الكحول والأدوية المهدئة وعمر الأم الذي يزيد عن (35) عام ، ويضيف (خطاب،2009) الى علاقة السائل الداخلي المحيط بالجنين وتعقيدات عالية في مرحلة ما قبل الولادة -على الرغم ان بعضها قد يكون عرضيا- وولادة طفل توحدي.

5- **الفرضيات الايضية :**(Metabolism Hypothesis) :

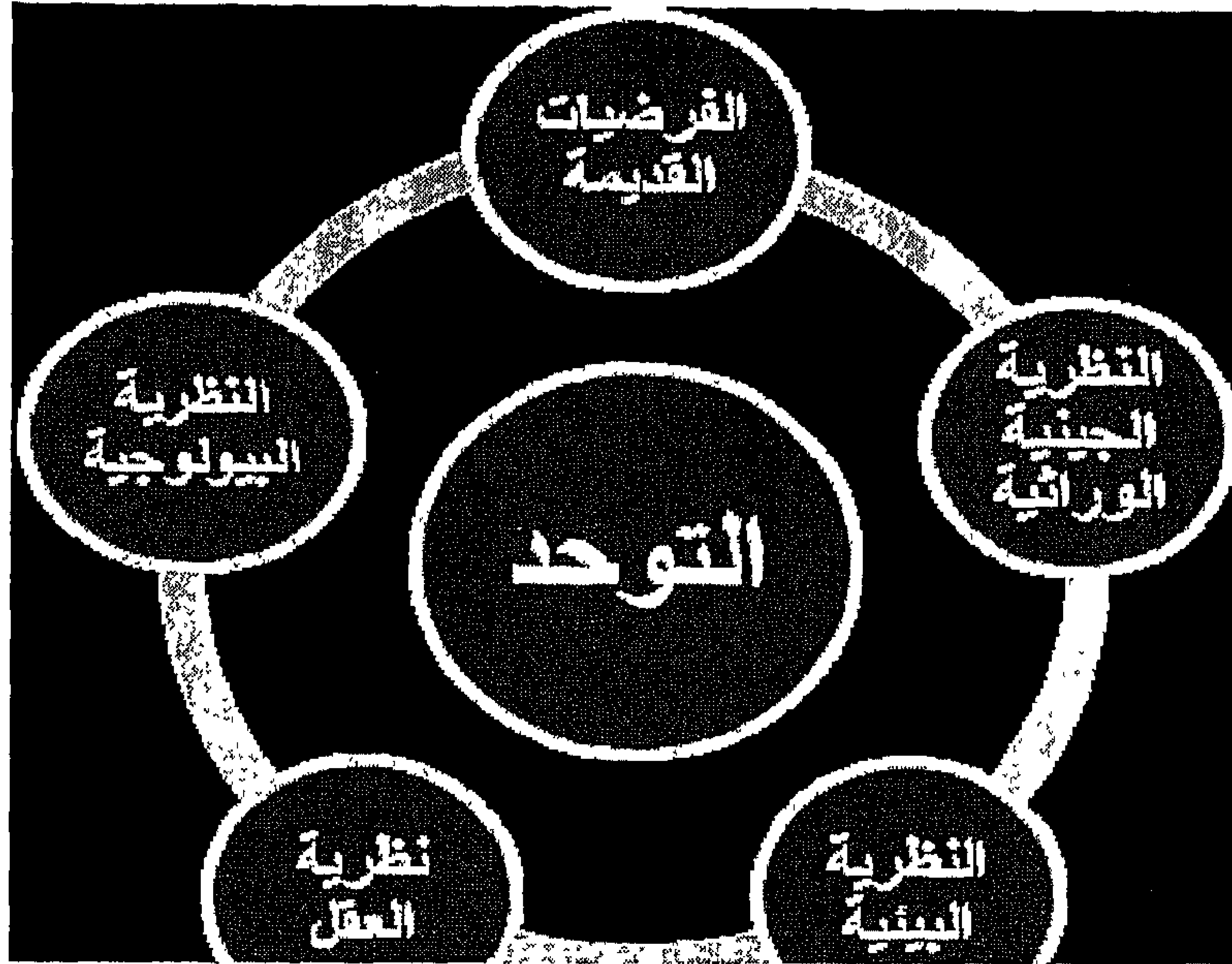
أشارت هذه النظرية أن سبب اضطراب التوحد يعود إلى عدم قدرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على هضم البروتينات، وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجودة في القمح والشعير ومشتقاتهما، بالإضافة إلى بروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب، وهذا مما يفسر إستفراغ الطفل لمادة الحليب والأكزيما الموجودة خلف ركبتيه والإمساك والإسهال واضطرابات التنفس لدى الطفل، ومن مظاهر اضطرابات الهضم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر، والبكتيريا الموجودة في المعدة والأمعاء، وزيادة الأفيون في الجسم، وصعوبة هضم الأطعمة الناقلة للكبريت، ونقص بعض الأحماض والإنزيمات في الجسم. (الخطيب وآخرون،2008)

6- **فرضية التلوث البيئي**:(Environmental Contamination Hypothesis):

يرى اديلسون (Edelson,2004) أن الأسباب الشائعة لحدوث اضطراب التوحد هي :

- العوامل الكيميائية والمواد الثقيلة في البيئة مثل الزئبق الحديد والزنك
- تسمم الكبد، حيث لا يستطيع الكبد القيام بوظائفه

ويشير (الخطيب وآخرون،2011) أن تعرض الطفل في مراحل النمو الحرجة إلى تلوث بيئي قد يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية والتسمم في الدم، وبالتالي ظهور أعراض التوحد، ومن أهم هذه الملوثات : الزئبق، والمواد الحافظة للمطاعيم، والرصاص، وأول أكسيد الكربون.



لشكل رقم (2) يبين أهم النظريات المفسرة لأسباب اضطرابات طيف التوحد

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

Characteristics of Autistic Children

يتصف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الأساسية وفيما يلي وصف لهذه الخصائص .

أولاً : الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics

يظهر الطفل ذي اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة ويكون مصدر إزعاج للآخرين ومن أهم الملامح والخصائص السلوكية ، عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح ، الاحتفاظ بروتين معين و ضعف التواصل مع الآخرين ، الخوف من تغيرات بسيطة في البيئة ، وكذلك القيام بحركات جسمية غريبة ، النشاط الزائد أو الخمول ، في حين يصاب البعض بالصرع ، ويلجا الآخرون إلى إيذاء الذات (الشامي ،2004)

ثانياً : الخصائص اللغوية language Characteristics

ويمتاز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص اللغوية ومنها :

عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين ،التحدث بمعدل أقل من الطفل العادي ، وضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة ، الاستخدام غير العادي للغة مثل تكرار الأسئلة، وكذلك الكلام بنفس النغمة لكافة الموضوعات ويواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف صعوبات في فهم و إدراك المثيرات غير اللغوية مثل الإشارات ، الحركات وتعابير الوجه وصعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع لديه ، وعدم القدرة على تكوين جمل تامة وعكس استخدام الضمائر وحروف الجر (الروسان ، 2010) .

ثالثا :الخصائص الحركية Motor Characteristics:

لا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات حركية دقيقة (شريطة أن لا تكون لديهم إعاقة عقلية ولا مصاعب خاصة). إلا أنه يمكن القول أن مراحل تطورهم الحركي تتحقق بغير ترتيب بالمقارنة مع العاديين فمثلا يتعلمون المشي

ثم الحبو ، كما يميل بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى المشي على أصابع أقدامهم (الشامي ،2004).

بينما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد إلى دراسة أجراها جيم آدمز وجدت أن (30٪) من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي يتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية ، العامة والمهارات الدقيقة ، حيث وجدت تلك الدراسة إن هؤلاء الأطفال يميلون إلى امتلاك مستويات منخفضة من البوتاسوم وان تناولهم للفاكهة قد يساعد في رفع نسبة البوتاسوم ، وتحسين المهارات الحركية لديهم . (Autism Society of America ,2006)

وفي دراسة أجراها منغ و وبريماكامبا (Ming , Brimacamba , Wager ,& 2007) هدفت إلى معرفة نسبة انتشار المشكلات الحركية لدى (154) طفلا من ذوي اضطرابات طيف التوحيد (ASD) وقد أشارت نتائج الدراسة من خلال الملاحظات السريرية إلى ظهور مشاكل حركية لدى هؤلاء الأطفال مثل : التأخر الحركي ، والمشي على أطراف الأصابع ، وظهور مشكلات في التناسق الحركي العام ، وصعوبة في حركة كاحل القدمين، كما أظهرت النتائج إلى أن (0,51)من الأطفال أظهروا تحسنا في هذه المشكلات الحركية بمرور الوقت ، بينما استمرت مشاكل في التناسق الحركي العام لدى (0,34) من الأطفال ، وأشارت النتائج إلى أن (19٪) منهم لديهم مشكلة المشي على أطراف الأصابع، بينما المشكلات مثل صعوبة الحركة في كاحل القدمين كانت نادرة الحدوث ، وأظهر (0,9) من أطفال الدراسة تأخرا حركيا.

رابعاً : الخصائص الاجتماعية Social characteristics

يمتاز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الاجتماعية نذكر منها ما يلي :

1. صعوبات واضحة في السلوك غير اللفظي اللازم للتعامل الاجتماعي .
2. صعوبات في إقامة علاقات مع الآخرين .
3. صعوبات في المشاركة في أوقات المتعة والفرح .
4. صعوبات في مشاركة الآخرين وحياد كامل للمشاعر (هارون ، 2008).

خامساً : الخصائص المعرفية / العقلية Cognitive characteristics

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر النواحي المميزة لاضطراب التوحد وذلك مما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي . ومما يجدر ذكره أن (0,70) من الأطفال يظهرون قدرات عقلية متدنية تصل أحيانا إلى حدود الإعاقة العقلية ، وتصل في أحيان أخرى إلى مستوى الإعاقة العقلية المتوسطة و الشديدة ، وان ما نسبة (10%) منهم يظهرون قدرات عقلية مرتفعة في جوانب محددة مثل الذاكرة والموسيقى والحساب ، والفن ، أو قدرات قرائية إلية دون استيعاب (الخطيب ، وآخرون ، 2011) .

أما مزاج ومشاعر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيمكن وصفها بأنها سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص أو الأحداث ، فقد يوصف ذي الطفل اضطراب طيف التوحد بالسعادة طالما لبيت احتياجاته فورا ولكنة بشكل عام يميل إلى سرعة الغضب وعدم السعادة والبكاء لفترات طويلة وثورات الغضب التي عادة ما تكون بسبب تغيير الروتين (Wing,1993) .

سادسا : الخصائص الحسية: Sensory characteristics

يظهر لدى أطفال اضطراب طيف التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية، فمثلا قد لا يظهر استجابة للأصوات العالية والتي تكون خلفه مباشرة ، لكنه قد يستدير لسماعه صوت من جهة أخرى قد يثير اهتمامه بعض الأصوات مثل قرع الأجراس ، ويحب التحديق في مصادر الضوء سواء كان النور أو الشمس ، ويظهر الفرد ذي اضطراب طيف التوحد في الغالب بأنه مشغول بالمعلومات الحسية ، كما أنّ عتبة الألم لديه عالية مما يجعل الآخرين يعتقدون بأنه لا يشعر بالألم وفاقد الإحساس (Reid and Lee,1999).

ويُلاحظ الآباء والمدرسون أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشاف البيئة من حولهم لفترة طويلة بعد انتهاء مرحلة الرضاعة والحبو الأولى ، ويستخدمون ذلك للتعرف على الأشخاص الآخرين

فهم يحبون شم أيدي والديهم مثلا . و برغم الرغبة في التعرف على البيئة من خلال التذوق إلى أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يجدون صعوبة في تعلم مضغ الطعام العادي ، ويستجوب الأمر إطعامهم الغذاء المهروس والمطحون لفترة أطول بكثير من الوقت الطبيعي لاجتياز ذلك . ومن الشائع أيضا أن نجد صعوبات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تقليد ومحاكاة الحركات التي يقوم بها الآخرون (Wing ,1993) .

وقد يبدو الخلل في الاستجابة للمثيرات الحسية إما بالزيادة أو النقصان فمثلا قد يظهر الطفل ذو اضطراب طيف التوحد الانزعاج الشديد للضجيج والأصوات العالية ، أو قد يظهر على الطفل عدم استجابته للمثيرات الحسية من حوله ويبدو ذلك جليا في عدم الإحساس بالألم .(Reid and Lee,1999)

ويفيد عدد من المختصين بأن الخوف الزائد تجاه الأصوات يرجع إلى عطب بعض الخلايا في منطقة قرن آمون في الدماغ المسئولة مباشرة عن وظائف إدراكية عديدة منها الانفعالات والخوف (حمدان ، 2002) .

كما تتباين التعبيرات الانفعالية لدى طفل اضطراب طيف التوحد بين الصمت التام ، ونوبات من الصراخ أو البكاء دون سبب واضح أو نوبات الضحك دون سبب واضح ، أي أنّ هناك تقلبات مزاجية شديدة دون سبب واضح ، ولعل أبرز السمات الانفعالية هو نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية مثل المرتفعات ، بينما يشعر بالذعر من أشياء عادية مثل صوت جرس الباب أو صوت المكنسة الكهربائية (العبادي ، 2006) .

سابعا- مشكلات ثانوية

هنالك بعض الخصائص الشائعة تظهر لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد لكنها ليست ضرورية لتشخيص التوحد وتتمثل في :

مشكلات النوم: حيث القلق والنوم المتقطع وغير المتواصل.

مشكلات في الأكل والشرب : حيث يتناول الأفراد الطعام بشراهة دون الشعور بالشبع ، تناول أطعمة محددة وعدم تنوعها، تناول مشروبات معينة بكأس ثابت.

مشكلات إدراكية : حيث تظهر لدى الأفراد مشكلات في عمليات التفكير والتعرف والإدراك والتقليد

مشكلات في التعميم : عدم قدرة الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد على تعميم ما تم تعلمه من بيئة لأخرى (شقير،2002)

الفصل الثاني

مفاهيم أساسية في القياس والتقويم والتشخيص النفسي

- المقدمة
- تعريف القياس النفسي
- مستويات القياس
- تعريف الاختبارات النفسية
- تصنيف الاختبارات النفسية
- عيوب القياس النفسي
- مفهوم التقويم
- مراحل عملية التقويم
- مفهوم التشخيص النفسي
- الشروط الواجب توافرها بأدوات التشخيص
- قضايا ومشكلات التشخيص والتقويم

مفاهيم أساسية

في القياس والتقويم والتشخيص النفسي

مقدمة

اختلف علماء القياس النفسي في تحديد بدايات انطلاق حركة القياس النفسي . وتعد الدراسات التي أجراها الفلكيون نهاية القرن الثامن عشر الخاصة بكشف الفروق الفردية في زمن الاستجابة والتي تسمى بدراسات (المعادلة الشخصية) وهي دراسات أجريت خارج نطاق علم النفس ممهدة في ظهور تباشير حركة القياس النفسي .

ويجمع الباحثون على أن القياس النفسي بوصفة نهجا جديدا يرتكز على دراسة الظاهرة النفسية من منطلق علمي تجريبي بعيدا عن المنهج الاستنباطي التقليدي نقطة تحول في تاريخ تطور علم النفس بل يعد العامل الأهم في جعله علما بمعنى الكلمة .

يحتل القياس والتشخيص النفسي مكانا هاما في التربية الخاصة ويعتبر من أهم موضوعاتها ، إذ إن الكشف والتعرف على الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يعد الخطوة الأولى في التشخيص وبالتالي تحديد البرامج العلاجية والتربوية المناسبة للحالات التي تم تشخيصها ومن ثم تقييم مدى فاعلية البرامج التربوية وكذلك تقييم أساليب التدريس المستخدمة من خلال تحديد مدى تقدم هذه الفئات التي تخضع لهذه البرامج .

تعريف القياس النفسي

تستخدم كلمة قياس بكافة أنواع العلوم وفي كافة مجالات الحياة ، وفي حياتنا اليومية تستخدم كلمة قياس بمعنى العملية أو العمليات التي يتم خلالها تقدير قيم الأشياء المختلفة والفروق بينهما بصورة كمية (ميخائيل ، 2006) ويعرف كامبل (Campell ,1952) القياس على أنة تمثيل للخصائص أو السمات المقيسه بأرقام .ويعد التعريف الذي يقدمه ستيفنز(Stevens , 1951) من أكثر التعريفات شيوعا وانتشارا ، حيث بنص التعريف على ان القياس هو (العملية التي يتم من خلالها التعبير عن الأشياء والحوادث برموز وأعداد استنادا إلى قواعد) ويرى ننللي (Nunnlly , 1970) أن القياس يتكون من قواعد استخدام الأشياء بطريقة تشير إلى كميات من الخاصية . في

حين يعرف القياس على انة <عملية تعيين أعداد أو احداث استنادا إلى قاعدة ما > (Martuze ,1977) . وفي التربية الخاصة أمثلة كثيرة تعبر عن مفهوم عملية القياس وتمثيلها للصفات أو الظواهر موضوع القياس بمعلومات كمية أو رقمية فمثلا يعبر عن الإصابة باضطراب طيف التوحد بدرجة مرتفعة جدا بالدرجات التائية (70 – 85) وذلك في مقياس (Sam , Goldstein, Negalirie , Autism Spectrum Disorders scales ,ASRA) (2009)

مستويات القياس

تستخدم أشكال مختلفة من القياس تبعا لاختلاف السمات والخصائص التي تخضع لعملية القياس من حيث طبيعة هذه السمات ، وتتفاوت أشكال القياس من حيث دقتها .

1- **المستوى الاسمي** (Nominal level)

وهو ادني وابسط مستويات القياس . ويتم في هذا المستوى تسمية أو تصنيف أفراد المجموعة إلى زمر أو فئات ومثال ذلك تسمية قاعات التدريس أو تصنيف الطلاب إلى ذكور و إناث أو ناجحون أو راسبون (ميخائيل ، 2006) وفي التربية الخاصة يستخدم هذا المستوى، فمثلا يعطى رقم معين لكل فئة من فئات التربية الخاصة مثل فئة الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد أو الصم أو فئة الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا . ولا تستخدم في هذا المستوى العمليات الحسابية الأربع باستثناء عملية الجمع فقط .

2- **المستوى الترتيبي** (Ordinal Level)

في هذا المستوى تصنّف البيانات كما هو حال في المستوى السابق لكن نضيف إليها خاصية الترتيب، بحيث أنه يمكن وضع التصنيفات في ترتيب واضح متسلسل ، انطلاقا من وجود تجانس بين أفراد الفئة الواحدة من خلال تميزهم بالسمة أو الخاصية عن غيرهم من الفئات دون أن يعكس ذلك الفروق بين أفراد كل فئة وفي التربية الخاصة مثلا يصنف الطلاب موهوبون ، عاديون ، بطيئون التعلم ، ذوي صعوبات التعلم ، معوقون عقليا ويصنف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى ذوي

الاضطراب المرتفع جدا ، اضطراب مرتفع ، اضطراب مرتفع قليلا ، اضطراب منخفض . يتطلب المستوى الترتيبي للقياس متابعة التدرج وبالتالي يمتلك ميزة الترتيب بالإضافة إلى ميزة التصنيف الأفراد أو الأشياء التي تشترك في خاصية واحدة .

لا يمكن في هذا المستوى القيام بالعمليات الحسابية الأربع لان الفروق بين الرتب غير متساوية .

3- **المستوى الفئوي** (Interval Level)

يعتبر هذا المستوى أكثر دقة نضرا لأنة يعتمد على وحدات قياس منتظمة للتعبير عن الفروق بين السمة موضوع القياس مما يساعد في تقدير الفرق بين عنصرين بدقة وسهولة . في هذا المستوى من القياس يكون للأرقام معنى وتكون قابلة لعملية الجمع والطرح . لا يوجد في هذا المستوى صفر حقيقي أو مطلق يشير إلى انعدام السمة وغيابها بصورة كلية . فالصفر هنا افتراضي وليس حقيقيا ، فإذا كانت علامة طالب في اختبار مبحث الكيمياء صفرا فهذا لا يعني أن معرفة الطالب معدومة تماما بل لابد أن يعرف شيئا لم تتطرق له أسئلة الاختبار.

ويمكن وصف المقاييس النفسية والتربوية إنها بمستوى القياس الفئوي وبخاصة إذا ما راعينا التقدم الذي حدث باتجاه إيجاد وحدات تتصف بالثبات والتساوي كالدرجات المعيارية (ميخائيل ، 2006) .

4- **مستوى النسبة** (Ratio Level)

يتميز هذا المستوى من القياس بوجود الصفر الحقيقي ويستخدم في العلوم الطبيعية فيما يندر استخدامه في العلوم التربوية والنفسية وذلك لأنها تفتقر إلى وجود الصفر الحقيقي الذي يعني غياب السمة غيابا كليا . إذ لا يمكن الجزم بغياب سمة القلق من شخص ما غيابا تاما .

ومن الجدير بالذكر هنا إن المقاييس النفسية والتربوية لا تشكو فقط من عدم وجود نقطة صفر حقيقية تمكنه من الوصول إلى نقطة إلى المستوى الأعلى من القياس ، بل تشكو أيضا من صعوبة الحصول على وحدات أو فئات متساوية تضعها بمستوى القياس الفئوي بصورة مطلقة ومن هنا فأن المقاييس النفسية لا تحقق الشروط التي

يتطلبها المستوى الفئوي من القياس بصورة كاملة . إلا أن ذلك لا يمنع العاملين في القياس النفسي من استخدام المعالجات والعمليات الإحصائية التي يسمح بها هذا المستوى كتحويل العلامات الخام إلى علامات معيارية . (عودة ، 1985)

جدول رقم (1) يوضح ويمكن المقارنة بين الأنواع الأربعة من مستويات القياس

المستوى	العمليات الرياضية	الخصائص القياسية	أمثلة
الأسمى Nominal	العد	- عدد لا يدل على كم أو مقدار (أعداد منفصلة) - الأرقام تحل محل الأسماء - الأرقام تمثل فئات – وضع الأشخاص في فئات - لا تمثل الأرقام كميات من خصائص - تميز الأرقام بين المجموعات - لا يمكن إجراء العمليات الحسابية على الأرقام	المهنة الجنس الجنسية الحالة الاجتماعية
الترتيبي Ordinal	الترتيب	- كم لا يشار إليه بعدد (قيم منفصلة) - الأرقام مرتبة ترتيباً تنازلياً أو تصاعدياً - المسافات بين الرتب غير متساوية - يهتم بترتيب الأفراد في الخاصية	درجات الطلاب أو تقديراتهم
الفئوي Interval	الجمع الضرب الطرح	- عدد يدل على كم أو مقدار (قيم متصلة) - وضع الأشخاص في مقياس متصل يتكون من مسافات متساوية وله صفر اعتباري - يمكن مقارنة المسافات بين الدرجات	الدرجات في الاختبارات والمقاييس النفسية
النسبي Ratio	جميع العمليات الرياضية	- عدد يدل على كم أو مقدار (قيم متصلة) - وضع الأشخاص في مقياس متصل يتكون من وحدات متساوية وله صفر مطلق - يمكن استخدام النسب لمقارنة الأرقام	زمن رد الفعل الطول الوزن

تعريف الاختبارات النفسية

يعرف الاختبار النفسي بأنة مقياس موضوعي ومقنن لعينة من السلوك (Anastasi,1982)، ويعني ذلك إن الاختبار النفسي يجب أن يلغي اثر العوامل الذاتية أو الشخصية في الحكم على أداء المفحوص أي لابد من تتم عملية وضع الدرجات بصورة موضوعية . ويؤكد تعريف انستازي على أهمية التقنين والذي يعني توفير نفس الشروط والظروف لجميع الخاضعين للاختبار مما يستوجب توحيد التعليمات و الأمثلة التمهيدية والحدود الزمنية .

ويعرف كرونباخ (Cronbach ,1960) بأنة طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر ولا يتعارض هذا التعريف مع تأكيد التعريف السابق على أهمية التقنين إذ لا بد من التقنين حتى نتمكن من مقارنة أداء شخصين أو أكثر. ويعرف مهرنز (Mehrens,1975) أداة القياس على أنها أداة منظمة لقياس ظاهرة ما والتعبير عنها بلغة الأرقام .

تصنيف الاختبارات النفسية

يمكن تصنيف الاختبارات النفسية انطلاقا من السمات أو الموضوعات التي تتصدى لها ومن ذلك تصنيف كرونباخ الذي يضعها في فئتين

1. اختبارات أقصى أداء : وتتطلب هذه الاختبارات من المفحوص تقديم أفضل ما عنده للحصول أعلى درجة ومن الأمثلة على هذه الاختبارات اختبارات الذكاء والقدرات العقلية العامة .
2. اختبارات الأداء العادي : وتستخدم للكشف عن تصرف الأفراد في المواقف الطبيعية وهي بذلك لا تهدف للكشف عن أعلى مستوى من الأداء يمكن أن يصل إلية المفحوص ، فهي تهتم برصد السلوك كما هو علية .

ويمكن تصنيف الاختبارات وفقا لشروط إجرائها حيث تصنف الاختبارات الجمعية وهي التي تطبق على مجموعة من الأفراد في نفس الوقت والاختبارات الفردية التي تعطي فرصة للتواصل الحي بين الفاحص والمفحوص مما يثير دافعية المفحوص ، غير أن الاختبارات الجمعية تتميز عن الفردية بأنها اقل كلفة . كما يمكن تصنيفها بناءا

على طريقة تفسير النتائج إلى نوعين فهناك الاختبارات محكية المرجع – (Criterion Referenced Tests) وفي هذا النوع من الاختبارات يتم تحديد معيار مسبقا من قبل الفاحص بحيث يعتبر المفحوص ناجحا إذا اجتاز هذا المعيار والنوع الثاني هو الاختبارات المعيارية المرجع (Norm Referenced Tests)وفي هذا النوع يقارن أداء الفرد بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها .

عيوب القياس النفسي

بالرغم من المكانة الهامة التي يحتلها القياس النفسي في عصرنا الحاضر وما حققه من تقدم هائل في المجالات كافة إلا إنه يصعب القول إن القياس تجاوز كل العقبات ووصل لدرجة الكمال ومن حدود القياس إن بعض السمات التي تتصل بالإفراد قد لا تظهر بوضوح وتنطوي على درجة من التعقيد مما يجعل من الصعوبة بمكان تحديد هذه السمات بهدف إخضاعها للقياس لاسيما أن معظم السمات التي تخضع للقياس النفسي لا تظهر بصورة مباشرة وواضحة وإنما يتم قياس السلوك الذي يشير لسمة ما كالقلق مثلا .

أخطاء القياس

نضرا لما تتطلبه عملية القياس النفسي من خطوات وإجراءات معقدة وشروط بالغة التعقيد وما تؤول إلية من نتائج تحتاج لتفسير أخصائي القياس والوقوف على دلالاتها فن هذه العملية لا بد وأن تنطوي على العديد من احتمالات الخطاء ، ويمكن إجمال مصادر الخطاء في القياس هذه فيما يلي .

1. تعقد السمات موضع القياس وصعوبة عزل هذه السمات عن غيرها من السمات التي يمكن إن تؤثر بها وطريقة القياس غير المباشرة لهذه السمات تعد المصدر الأكبر من مصادر الخطاء.
2. أما المصدر الثاني من مصادر الخطاء في القياس فيتعلق بمدى صلاحية أداة القياس و حساسيتها للفروق الحقيقة في السمة موضوع القياس لدى الأفراد فبعض الأدوات تعجز عن الكشف عن الفروق الدقيقة بين الأفراد .

3. يعتبر الشخص الذي يقوم بعملية القياس المصدر الثالث من مصادر الخطاء لاسيما إذا كان غير مدرب بدرجة كافية أو تحيزه أو عدم انتباهه أو عدم قدرة على تفسير النتائج .

مفهوم التقويم

هناك الكثير من التعريفات والتفسيرات لمفهوم التقويم ولكنها تتفق على إن الهدف من عملية التقويم هو إصدار حكم على ظاهرة ما بعد قياسها وفقا لمعيار معين . ومن المعاني الهامة لكلمة التقويم التي وردت في معجم الرائد هي (تقرير قيمة الشيء أو الحكم على فاعلية) ويعرف داوني (Downie , 1976) التقويم على أنه إعطاء قيمة لشيء وفقا لمستويات تم تحديدها مسبقا> ويؤكد هذا التعريف على إعطاء حكم قيمة وضرورة توافر أسس معينة يستند إليها هذا الحكم. ويعرف بولسون التقويم (Paulson , 1970) بأنة عملية فحص أحداث وموضوعات معينة في ضوء معايير محددة بغرض اتخاذ قرارات في حين يعرف ستافلبيم التقويم (Stuffebeam , 1971) على انه عملية وصف وحصول على معلومات مفيدة وتقديمها للحكم على بدائل القرار.

ويستخدم مصطلح التقويم في ميدان التربية الخاصة للحكم على سلوك الأفراد ومن ذلك تصنيف الأفراد إلى موهوبين أو عاديون او معوقون عقليا وفقا لمستوى قدراتهم العقلية (ذكائهم) وصنف الأفراد إلى عاديين أو معوقون سمعيا بناء على عدد وحدات الديسبل المقيسة لديهم (الروسان ، 2012).

مراحل عملية التقويم

الفحوص المسحية : تجري هذه الفحوص بشكل خاص على الأطفال الملتحقين بالمدرسة للكشف عن احتمالية الإعاقة لديهم ، وقد تكون فحوصات طبية أو نفسية أو تربوية للكشف عن القدرات البصرية والسمعية ولاستعداد للتعلم .

مرحلة الإحالة : يمكن أن يترتب على نتائج الفحوص المسحية عمليات إحالة لعدد من الأطفال لإجراء المزيد من الفحوصات لدى ذوي الاختصاص بهدف تصنيف أكثر دقة للحالة

مرحلة الخطة العلاجية : وتوضع بناء على الحاجات أو جوانب النقص لدى الطفل وتسمى الخطة التربوية الفردية

مرحلة تقويم تقدم الطفل : حيث يتم تقويم تقدم الطفل إثناء وبعد خضوعه للبرنامج التربوي .

مرحلة تقويم البرنامج التربوي : يتم الحكم على مدى فاعلية البرنامج العلاجي من خلال التعرف على مدى تقدم الطفل وبالتالي إجراء التعديل المناسب للبرنامج في ضوء المعلومات الواردة عن تقدم الطفل (العزة ، 2002) .

الفرق بين القياس والتقويم

يختلف التقويم عن القياس فيما يلي:

1. التقويم عملية شاملة فتقويم التلميذ مثلا : يمتد إلى جميع جوانب النمو وكذلك إلى شخصيته. وتقويم المنهج يمتد إلى البرامج والمقررات وطرق التدريس والوسائل والأنشطة وأما القياس فهو جزئي أي ينصب على شيء واحد.
2. يهتم التقويم بالحكم العام والنوعية بينما يركز القياس على الكم.
3. يهدف التقويم إلى التشخيص والعلاج ومن ثم يساهم في التحسين والتطوير بينما يكتفي القياس بإعطاء بعض المعلومات المحددة عن الشيء أو الموضوع المراد قياسه فقط.
4. يرتكز التقويم على مجموعة من الأسس التي لا غنى عنها مثل الشمول - الاستمرارية- التنوع .
5. وسائل التقويم تعمل على مقارنة الفرد بنفسه أو بغيره ، بينما يعطينا القياس نتائج وصفية للشيء دون ربطه بالأشياء الأخرى كما هو الحال في التقويم أي أن التقويم يمتد إلى العلاقات المتعددة بين الموضوعات أو الأفراد وبذلك فهو أشمل وأفضل من القياس (ميخائيل ، 2006).

مفهوم التشخيص النفسي

بدأت عملية التشخيص النفسي بالتطور والازدهار بتقدم علم الأمراض في الطب الذي امتد ليشمل الإنسان جسدا ونفسا ، ومع بدايات القرن التاسع اتجه العلماء نحو وصف وتصنيف الأمراض العقلية والنفسية ذات البعد الوظيفي التي لا يوجد لها بعد عضوي .

يرى هاول وزملاءه (Howell et al. 1971) إن التشخيص مصطلح مستعار من العلوم الطبية . ويشير مصطلح التشخيص النفسي إلى الجهد الذي يبذله الأخصائي من أجل تحديد الخصائص الثابتة والعامة نسبيا لشخصية الإنسان. ويمكن تعريف التشخيص على أنة < تلك العملية التي يقوم بها الأخصائي النفسي من جمع المعلومات والبيانات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة متكاملة لشخصية هذا الفرد تتضمن وصفا دقيقا لقدراته وإمكاناته ، ومشكلاته وأسبابها وذلك بهدف وضع خطة عمل ملائمة تنفذ مع هذا الفرد (سعيد ، 1998) .

ويقصد بتشخيص اضطراب التوحد " دراسة أعراضه وتحديد درجة شدته ضمن المعايير الملائمة له ولعمر الطفل من خلال تطبيق مقياس أو أكثر خاص بهذا الاضطراب (حمدان ،2002) .

وقد عرف تيدمارش وزملاءة (Tidmarsh , et , al ,2003) التشخيص بأنه " تحديد مدى ودرجة القصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي والمقاومة للتغيير والتأخر في اللعب التمثيلي والرمزي على طفل ما من خلال تطبيق مقياس خاص بهذا الاضطراب يشمل المعايير المحددة في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات الذهنية، وأشاروا إلى ضرورة شمولية وتكاملية عملية التشخيص وذلك بدراسة ظروف الحمل والولادة ومراحل الطفولة الأولى والتاريخ الطبي للأسرة والطفل وعمل تقرير شامل خاص بجميع ما يتعلق بصحة وسلوك وعادات واهتمامات ومهارات الطفل

أمّا (الشامي ،2004) فقد عرفته بأنه " عملية شاملة ومنظمة تهدف إلى مدى انطباق معايير التشخيص الخاصة باضطراب التوحد على طفل ما "خاصة وأنه لا يوجد دلالات بيولوجية مؤكدة تظهر على جميع الأطفال المصابين بالتوحد وقد ركزت الشامي على أهمية قياس المظاهر السلوكية وفق المعايير العالمية لهذا الاضطراب النمائي دون إغفال أهمية جمع المعلومات المتعلقة بمراحل الحمل والولادة ونمو الطفل منذ الولادة إلى مرحلة التشخيص وكذلك التاريخ الطبي للأسرة والمراقبة الذاتية إضافة إلى تطبيق مجموعة من الاختبارات النفسية والاختبارات الخاصة بالسلوك ألتكيفي ودرجة الذكاء

وعدم الاعتماد على مقاييس واحد فقط . وهي تؤكد بذلك أن التشخيص يعني الاعتماد على مقياس خاص باضطراب التوحد وفقا لمعايير تحدد مسمى الاضطراب ودرجته وشدته وتصنيفه ضمن هذه الفئة . أما التقويم فهو يعطينا معلومات أوسع بكثير عن جميع الجوانب المتعلقة بالطفل من حيث سلوكياته ومستوى أدائه وتطوره واستدلت بذلك على تعريف التقويم الذي ذكره مكلوجلين ولويس بأنه"العملية المنظمة لجميع المعلومات من أجل اتخاذ الإجراءات القانونية والتعليمية" وبذلك فالتشخيص والتقويم عمليتان مترابطتان تعتمدان على بعضهما بشكل مباشر .

ويرى (قزاز ، 2007) إن تشخيص اضطراب طيف التوحد بشكل دقيق وشمولي له أهدافه ومبرراته سواء على مستوى الاختصاصين والباحثين أم المجتمع والأسرة والطفل نفسه والتي تتلخص في

1. المساعدة في دراسة أعراض ودرجة التوحد .
2. التصنيف الدقيق لهذه الحالات خوفا من الخلط بين اضطراب التوحد والاضطرابات النمائية المشابهة أو المتداخلة معه في بعض المعايير وكذلك حالات الإعاقة العقلية التي تتصف بمشكلات تكيف سلوكي يكثر فيها الخلط بينهم وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء المنخفض، كذلك فإن تحديد درجة الذكاء ليست من معايير تشخيص التوحد إنما يفضل قياسها لأسباب تربوية وتعليمية ولأغراض الدمج مستقبلا .
3. اتخاذ قرارات الإحالة الملائمة
4. تحديد الطرق العلاجية والتربوية المناسبة (خطط تربوية فردية ، خطط تعليمية فردية ، برامج حسية ، برامج موسيقية ، برامج تعديل سلوكي ... وغيرها) حسب الحالة نفسها .
5. اتخاذ الإجراءات والتدابير التعليمية والإرشادية المناسبة للأسرة بأكملها .
6. أهمية التدخل المبكر لهذه الفئات ولاضطراب التوحد بشكل خاص نظرا لما يشوبه من تعقيدات سلوكية نمطية تؤثر على تكيفه و تعلمه ونمط حياة أسرته والأسرة والطفل نفسه .

مستويات التشخيص

أ- التشخيص الإكلينيكي

يبحث الأخصائي الإكلينيكي في بداية معالجته التشخيصية عن الخصائص المميزة للحالة موضوع الدراسة ، حيث يحاول الأخصائي هنا الكشف عن الفئة التي تنتمي إليها خصائص العميل . فالتشخيص الإكلينيكي هو بمثابة تصنيف يرتبط بفئات تم تحديدها مسبقا ، حيث يقوم الأخصائي بمقارنة الأعراض التي يعاني منها الفرد بأعراض الاضطرابات النفسية أو الإعاقات المعروفة لدية .

ب – التشخيص الدينامي

وفي هذا المستوى من التشخيص لا يكتفى بالوصف والتصنيف وإنما يتعدى ذلك للبحث عن العلل والأسباب ، فالتشخيص الدينامي هو بمثابة بحث متعمق للحالة الفردية الذي يبرز أهم خصائصها التي ترتبط بتفريدها وتميزها وتناول أكثر الأسباب عمقا وتأثيرا وذلك من خلال بحث تاريخ حياة الفرد وأهم الأحداث التي أثرت في الفرد على مدى مراحل نموه و تطور شخصيته ويهدف التشخيص الدينامي إلى تحقيق أفضل فهم للعميل بحيث يمكن وضع أكثر الخطط العلاجية نجاحا وإحكاما .

وخلاصة القول إن المستوى الإكلينيكي يبحث عن كل ما عام مشترك بين الحالات موضع الدراسة ، وله معايير حاضرة في نفس الأخصائي ، أما المستوى الدينامي فينصب على ما هو خاص لكل عميل ومميز له ولخصائصه الفريدة بحيث يجد الأخصائي نفسه عند دراسة الحالة في مواجهه دائمة مع ما هو جديد ومتفرد ويندر تكراره (سعيد ، 1998) .

الشروط الواجب توفرها بأدوات القياس والتقويم

تنطوي عمليات القياس والتقويم والتشخيص على أهمية بالغة في التربية الخاصة إذ لا يمكن للأخصائيين تقديم اي نوع من البرامج العلاجية والتربوية للحالات الخاصة قبل التشخيص الدقيق لهذه الحالات ومعرفة ما تحتاجه بالضبط من خطط تربوية وعلاجية . ونضرا لما يتوقف على عملية القياس من خطوات لاحقة مهمة فلا بد من توفر خصائص أساسية في هذه الأدوات حتى نضمن دقة النتائج ومن هذه الشروط .

1 – الصدق

تشير جميع أدبيات القياس النفسي على أن مصطلح الصدق يشير أساسا إلى إذا ما كان الاختبار يقيس فعلاً ما أُعد لقياسه بالضبط ، أو ما أردنا نحن أن نقيسه به (ميخائيل ،2006). ومن التعريفات المهمة للصدق إنه الدرجة التي يقيس بها الاختبار ما نريد قياسه (فرج ، 1980).

أشكال الصدق

في عام 1974 وضعت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychiatric Association , APA) تصنيف معتمد لأشكال الصدق ضمن ثلاث فئات وهي : صدق المحتوي والصدق المحكي والصدق البنيوي أو الافتراضي ، وتختلف أهمية هذه الأنواع من الصدق باختلاف نوع أداة القياس ففي اختبارات التحصيل يحتل صدق المحتوى الدرجة الأولى من حيث الأهمية أما الصدق المحكي فأن له الأهمية الأولى في اختبارات الاستعداد والقدرة .

أولاً : صدق المحتوى

ويقصد بذلك مدى تمثيل فقرات المقياس لمحتوى الموضوع أو مجال السلوك الذي يراد قياسه (Borg , Gall , 1971) أي ان الاختبار يهدف أساسا إلى قياس عينة من السلوك لذا فان الفقرات التي يتكون منها الاختبار يفترض ان تكون عينة ممثلة من الفقرات التي كان ممكن أن يتضمنها الاختبار ، وتعتبر عملية تمثيل فقرات الاختبار للمحتوى الذي تقيسه من المشكلات الأساسية التي تواجه عملية بناء الاختبارات بوجه عام والاختبارات النفسية بوجه خاص وذلك لصعوبة حصر جميع السلوكيات الدالة على سمة ما . ويعد الصدق التمثيلي أو صدق المحتوى الشرط الأول عند بناء اختبار معين .

ولتحقيق صدق المحتوى في المقاييس النفسية لا بد من إتباع أسلوب مراجعة المحكمين حيث يعرض المقياس في صورة الأولية على عدد لا يقل عن عشرة من المحكمين المتخصصين من ذوي الخبرة والكفاءة ، حيث يتم مراجعة فقرات الاختبار لتحقق من مدى مطابقة فقرات المقياس لمكونات المحتوى أو السلوك أو السمة التي يهدف

لقياسها ، ويعبر المحكمون عن أرائهم ويمكن التعبير عن نتائج التحكيم بعبارات أو أرقام.

ثانياً :الصدق المحكي

ويمكن تعريف هذا النوع من الصدق على أنة التي يترابط عندها المقياس على الأداء مع الأداء على مقياس أخر أُعد محكاً للمقياس الأول وأساسا في الحكم على صلاحيته (ميخائيل ،2006) وللتحقق من الاتفاق أو الترابط بين المقياسين في قياس سمة ما لا بد من حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي يحصل عليها المفحوصون في الاختبار المراد التحقق من صدقة ودرجات نفس الطلاب على الاختبار الثاني الذي أعد محكا .

يميز أخصائيو القياس النفسي بين نوعين من الصدق المحكي وهما الصدق التنبؤي (Predictive Validity) والصدق التلازمي أو المصاحب (Concurrent Validity) وكلا النوعين يتطلب إيجاد محك وحساب معامل الارتباط بين درجات الاختبار المبني و الاختبار المحك . ففي الصدق التنبؤي يتم التركيز عما إذا كانت درجات المقياس تنبئ عن أداء الطلاب في المستقبل على اختبار لاحق يتخذ كمحك للمقياس الأول ، أما في الصدق التلازمي يتم تطبيق المقياس و المقياس المحك على نفس العينة وبنفس الوقت ومن ثم حساب معامل الارتباط بين درجات المفحوصين على المقياسين .

الخصائص الواجب توفرها في المحك

1. الصلة الوثيقة بالموضوع اي يكون المقياس المعد والمقياس المحك يقيسان نفس السمة .
2. الثبات إذ لا بد أن يتمتع المقياس المحك بدرجة عالية من الثبات
3. أن يكون المقياس المحك متوفر أو متيسر للباحث (Available) .

ثالثا : الصدق البنيوي(Construct Validity)

يعتبر الصدق البنيوي مفهوما شاملا يتضمن جميع أنواع الصدق الأخرى ، والسؤال الأساس في هذا النوع من الصدق (ما الذي يقيسه المقياس بالضبط ؟) ما هي دلالات الدرجات التي تعبر من أداء المفحوص على المقياس ؟ هل تشير هذه الدرجات إلى سمه معينة ؟ ويوضح هذا النوع من الصدق العلاقة بين الأساس النظري أو الخلفية

النظرية التي انطلق منها واضع الاختبار وفقرات الاختبار أو بكلمة أخرى إلى أي مدى يقيس الاختبار الفرضيات النظرية التي بُني عليها الاختبار.ويطلق على هذا النوع من الصدق صدق التكوين الفرضي (Hypothetical Construct Validity) (الروسان ، 2012).

ويتطلب التحقق من هذا النوع من الصدق استخدام عدد من الوسائل والأساليب منها :

1. التحليل المنطقي لفقرات المقياس لكشف جوانب الضعف في أداة القياس الجديدة من قبل عدد من المحكمين من ذوي الخبرة والكفاءة في تحكيم المقاييس ؟
2. الصدق التميزي ونعني به قدرة الاختبار على التمييز بين الأفراد الذين لديهم سمة ما والذين ليس لديهم ومثال ذلك يفترض أن تكون المتوسطات الحسابية لدرجات مجموعة من الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد على مقياس اضطراب طيف التوحد أعلى من متوسطات الطلبة العاديين .
3. الترابط مع اختبارات أخرى تقيس نفس السمة ترابطا موجبا وهو ما يسمى بالصدق التقاربي للاختبار وترابطا سالبا أو منخفضا مع درجات اختبارات تقيس سمات أخرى ويطلق علية الصدق التباعدي ويمكن دراسة هذا النوع من الصق باستخدام أسلوب ما يسمى السمات المتعددة والطرق المتعددة (Multi traits – Multi methods) (Campbell , 1960).
4. **التحليل العاملي** ويهدف إلى تحديد عدد المتغيرات أو المجالات التي يقيسها الاختبار فبدلا من وصف أداء الفرد على ال 71 فقرة التي يتكون منها مقياس تقدير طيف التوحد ، يوصف أداء الفرد على ثلاث مجالات وهي التفاعل الاجتماعي والسلوكيات النمطية و التواصل والتي تشكل في مجملها المقياس الكلي المكون من 71 فقرة وللوصل لهذه المجالات الثلاث لا بد من إجراء التحليل العاملي لمعرفة الفقرات التي تترابط مع بعضها ترابطا عاليا ومن ثم الكشف عن السمة التي تقيسها وبالتالي تسمية هذه المجموعة من الفقرات باسم تلك السمة . فالهدف الرئيس من التحليل العاملي تبسيط عملية وصف السمات عن طريق خفض عدد المتغيرات التي تقيسها الاختبارات إلى عدد ضئيل من المتغيرات أو العوامل المشتركة .

العوامل المؤثرة في الصدق

ثمة عوامل عديدة تؤثر في صدق الاختبار نذكر منها

1- **عوامل تتعلق بالاختبار نفسه**

- أن تكون تعليمات الاختبار غير واضحة
- المفردات والمفاهيم غير الواضحة
- فقرات الاختبار قد تكون سهلة جدا أو صعبة جدا
- فقرات توحي بالا جابه الصحيحة .
- ترتيب فقرات الاختبار بصورة غير ملائمة مثال ذلك أن توضع الفقرات الصعبة في البداية مما يدفع الطالب إلى تخصيص جل وقته للإجابة عن تلك الفرات

2- **عوامل تتعلق بشروط إجراء الاختبار**

- الظروف البيئية مثل البرودة الشديدة الضوضاء
- الزمن المخصص للإجابة كأن يكون غير كافيا أو طويل جدا
- أخطاء في تصحيح الإجابات .
- الغش في الاختبار

3- العوامل المتصلة بأداء المفحوصين على الاختبار مثل أن يتعرض الطلاب إلى قلق الاختبار أو انعدام الدافعية لديهم لا سيما في الاختبارات التي تجري لأغراض البحث العلمي .

ثانيا : الثبات

يعد مفهوم الثبات من أهم خصائص الاختبارات و المقاييس النفسية بعد الصدق .لان الصدق أكثر شمولية من الثبات ، بناء على ما يقال بان كل اختبار صادق هو ثابت و العكس غير صحيح بالضرورة .إلا إن هذا القول لا يعني الاستغناء عن الثبات إذا ما تحقق صدق المقياس. وذلك لأننا لا نملك أدلة قاطعة على صدق الاختبار. لذا ينبغي تقدير الثبات فضلا عن تقدير الصدق .

والثبات يعني التعرف على العلاقة بين الاستجابة الحقيقية للفرد التي ينبغي الوصول إليها وبين استجابة الفرد على المقياس. كما يعني أيضا الاتساق في النتائج و

الاستقرار؛ أي لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئا من الاستقرار. كما يعني الموضوعية ؛ بمعنى إن الفرد يحصل على نفس الدرجة كائنا من كان الأخصائي الذي يطبق عليه الاختبار آو يصححه .

ويوفر معامل الثبات المؤشرات الإحصائية للظاهرة موضوعة للبحث. و التي من خلالها يحكم على دقة المقياس . فضلا عن ما يزوده للباحث من معلومات أساسية للحكم على نوعية أسلوب استعمال الاختبار ومدى دقته واتساقه ، مع ما يقدمه من نتائج وبيانات عن الظاهرة . ولاتصل هذه الدقة إلى إن يكون معامل الثبات تاما أي يصل إلى درجة مقدارها . لان أي اختبار عقلي أو نفسي أو تحصيلي لا يمكن أن يصل إلى درجة الثبات التامة بسبب عدم أمكانية تجنب كل الأخطاء في عمليات القياس(ميخائيل ،2006)

وقد عرف بعض الباحثون الثبات بطرق مختلفة منها :مدى الاتساق بين البيانات التي تجمع عن طريق إعادة تطبيق نفس المقاييس على نفس الأفراد أو الظواهر، وتحت نفس الظروف أو تحت ظروف متشابهة إلى أكبر قدر ممكن (Gay,1990) والثبات قد يعني الاستقرار :Stability بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت شيئاً من الاستقرار.

والثبات قد يعني الموضوعية :Objectivity بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة كائناً من كان الأخصائي الذي يطبق الاختبار. (ملحم ،2005)

ويعرف إحصائياً بأنه: نسبة التباين الحقيقي إلى التباين الكلي، أو مربع معامل الارتباط بين العلامات الحقيقية والعلامات الظاهرية، وبما أننا لا نعرف مطلقاً العلامات الحقيقية، فلا يمكن حساب الثبات بهذه الطريقة، وكل ما يتوفر لدينا هو العلامات الظاهرية، وبالتالي لا بد من الاستفادة منها بطريقة ما لتقدير الثبات أي الحصول على مؤشر إحصائي نحكم من خلاله على دقة القياس ويسمى هذا المؤشر بمعامل الثبات (Reliability Coefficient)(عودة ، 2005)

طرق حساب الثبات

اختلفت طرق حساب معامل الثبات للقياس وذلك بناء على نوع القياس والغرض منه ومدى الخطأ المعياري لكل قياس وقد ظهرت عدة طرق لحساب معامل الثبات ومن هذه الطرق

1 - **إعادة الاختبار نفسه** Test- Retest

تقدير الثبات بهذه الطريقة، يعطى الاختبار مرتين للمجموعة نفسها من الطلاب مع فترة زمنية معينة بين المرتين، ثم يحسب معامل الارتباط بين علامتي الاختبار للمجموعة في المرتين، ومعامل الارتباط هذا هو مقياس للثبات، إذ يبين لنا كم كانت النتائج مستقرة خلال فترة زمنية معينة، فإذا كانت النتائج ثابتة ومستقرة بشكل عال فإن الطلاب الذين سجلوا علامات عالية في الإجراء الأول من الاختبار، يميلون إلى أن يسجلوا علامة عالية في الإجراء الثاني، أما بقية الطلاب فيبقون في مواقعهم النسبية في الإجراءين.

أما عيوب هذه الطريقة فهي:

- عند إعادة تطبيق الاختبار سيتذكر الطلبة إجابات بعض الأسئلة وهذا يزيد من ثبات النتائج.
- إذا كانت الفترة قصيرة بين الاختبار وإعادة الاختبار، فإن الذاكرة تلعب دورها وهذا أيضاً يرفع من معامل الثبات .
- يألف التلاميذ الاختبار، وتصبح لديهم خبرة فيه وفكرة عنه، فترتفع علامتهم عند الاختبار فيقل معامل الثبات. (ملحم ،2005)

طريقة الاختبار إعادة الاختبار بعد مضي فترة من الزمن وتعتمد هنا الفترة الزمنية المطلوبة بين الاختبارات على الاستعمال الذي نريده من هذه النتائج، التنبؤ بعلامات طالب في الجامعة بناء على علامات اختبار في الصف السابع.

طريقة الصور المتكافئة تعتبر الصور المتكافئة للاختبار نماذج بنيت طبقاً لمواصفات واحدة، ولكنها تألفت من عينات مستقلة، من منطقة سلوك محددة. وعلى هذا فإن اختبارين متكافئين للقراءة، يجب أن يتضمنا أسئلة لها الصعوبة نفسها، ويسأل فيها نفس

النوع نفسه من الأسئلة. إذا كان لدينا صورتان من الاختبار، فيمكننا أن نطبق إحدى الصورتين ثم نتبعها بالأخرى. وبحساب الارتباط بين الصورتين، نحصل على معامل مناسب للثبات.

وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تقدم أساساً سليماً جداً لتقدير الدقة في اختبار نفسي أو تربوي، إلا أنها تثير عدداً من المشكلات العلمية، أهمها :

- تتطلب توافر صورتين متكافئتين تماماً للاختبار.
- تحتاج إلى توافر وقت يسمح باختبار كل فرد مرتين .

والطريقة التي تعتمد على استخراج الارتباط بين صورتين متكافئتين تطبقان في المادة بفاصل زمني يمتد إلى عدة أيام أو عدة أسابيع، تمثل الطريقة المفضلة في تقدير الثبات.

طريقة الصور المتكافئة وتستعمل هذه الطريقة بعد مرور فترة من الزمن بين إجراء شكلي الاختبار في هذه الظروف يعطينا معامل الثبات مقياساً للاستقرار (Stability & Equivalence)ويعتبر هذا القياس من أفضل مقياس للثبات لأنه يشمل

- جميع مصادر التباين في علامات الاختبار
- ثبات خاصية التلميذ المراد قياسها

طريقة الثبات النصفي (Split- Half Method) قد يكون من الصعب على الباحث أن يطبق اختبارين متكافئين على التلاميذ، أو قد يتعذر عليه فحص الطلبة مرتين في الاختبار نفسه. لذلك يتم اللجوء إلى تقسيم الاختبار إلى نصفين، يفترض أنهما متكافئين. ومن الممكن تجميع نصفي الاختبار على أساس تفحص دقيق للمحتوى والصعوبة لكل فقرة، وبذلك جهد منظم لموازنة المحتوى ومستوى الصعوبة في النصفين. ولكن الطريقة الأبسط، والتي يكثر استخدامها، هي وضع الأسئلة ذات الأرقام الفردية في النصف الأول والزوجية في النصف الثاني، وحساب الارتباطات بين النصفين، هو معامل الثبات في هذا الاختبار، ويلاحظ أن التجزئة مرتبطة فقط بتصحيح الاختبار، أما تطبيقه فيتم مرة واحدة .

ويقدر معامل ثبات الاختبار بهذه الطريقة بتطبيق معادلة سيبرمان .

العلاقة بين الثبات والصدق :

تعتبر العلاقة وثيقة بين الثبات والصدق ، فكلاهما وجهان لشيء واحد وهو مدى صلاحية أداة القياس في أن يقيس ما صمم لقياسه في إعطاء نتائج متماثلة ، ويفترض بالاختبار الجيد أن يكون صادقا وثابتا (الروسان ، 2012). يعتمد الصدق جزئيا على الثبات ، ويمثل الثبات شرطا ضروريا وغير كاف للصدق . ومن الواضح إن المقياس الذي يعطي نتائج غير متسقة لا يمكن إن يعطي نتائج صادقة وفي المقابل فان المقياس الذي يعطي نتائج صادقة لا بد أن يعطي متسقة ويتمتع بصفة الثبات . وبطبيعة الحال فأن الزيادة في معامل الثبات قد تؤدي إلى الزيادة في معامل الصدق ولكنها لا تحتّم هذه الزيادة . فقد تنتج الزيادة في معامل الثبات عن ازدياد التباين النتائج عن التباين الخطاء المنتظم (ميخائيل ، 2006).

العوامل المؤثرة في ثبات الاختبار

1. تباين المفحوصين : يزداد الثبات بزيادة التباين بين المفحوصين أي زيادة انتشار الدرجات وتضائل الأثر الذي تحدثه أخطاء القياس على موقع الفرد بين المجموعة.
2. عدد فقرات الاختبار : يزداد ثبات الاختبار بزيادة عدد الفقرات التي يتكون منها ، إذ أن طول الاختبار يقدم أن الاختبار أكثر تمثيلا للمحتوى أو السلوك موضع القياس ويعكس الفروق الحقيقة في هذا السلوك بين المفحوصين بصورة أفضل . ويتضاءل أثر التخمين هنا.
3. صعوبة الفقرات : الفقرات الصعبة جدا أو السهلة جدا تعطي انتشار محدود للدرجات و تظهر فروقا طفيفة بين الأفراد مما يؤثر على ثبات الاختبار .
4. الموضوعية في التصحيح : فلكي يعطي المقياس نتائج ثابتة يجب ان تكون الدرجات متطابقة من مصحح لأخر.

أدوات جمع المعلومات في التشخيص النفسي

حتى يحقق الأخصائي النفسي الهدف من التشخيص وهو الكشف عن شخصية المفحوص والوصل إلى تشخيص دقيق للحالة والتالي تصنيف هذه الحالة ضمن فئة ما من فئات التربية الخاصة ومن ثم الانتقال للمستوى الثاني من مستويات التشخيص وهو الوصول أو الكشف عما يميز هذه الحالة عن غيرها من الحالات ضمن نفس الفئة لا بد

من استخدام أداة التشخيص الأكثر ملائمة والتي تساعد الأخصائي على الوصول لهذا الهدف .

وقد قدم علماء النفس تصنيفات عديدة للأدوات التي يستخدمها الأخصائي في جمع المعلومات في مجال التربية الخاصة خاصة وعلم النفس عامة ، نعرض منها لبعض الأدوات التي يمكن أن تكون ذات فائدة علمية للتشخيص النفسي

أولا : الملاحظة

تعد الملاحظة واحدة من أقدم الأدوات التي استخدمت في جمع المعلومات، فقد استخدم الفلكيون الملاحظة في مراقبة ظاهرة خسوف القمر وكسوف الشمس ، كما تستخدم الملاحظة لمراقبة هلالي شهر شعبان ورمضان وشوال وذي الحجة ، وبعد ظهور حركة القياس النفسي طور الأخصائيون النفسيون هذه الأداة لمراقبة السلوك الإنساني بهدف الوصول لفهم أكثر عمقا وبالتالي تحديد الخطط العلاجية الملائمة

والملاحظة هي : " مشاهدة موضوع معين على نحو هادف ، وبموجب إجراءات منضمة يقوم بها الباحث لتحقيق فهم أفضل لهذا الموضوع " (الرشيدي ، 2000) .

ومن مزايا الملاحظة إننا نلاحظ السلوك الإنساني على طبيعته خالي من التزييف والتصنع ، كما إنها تسمح بتسجيل السلوك عند حدوثه وهي من أكثر الوسائل المُباشرة في دراسة مدى واسعا من الظواهر وهي لا تعتمد على الحوادث الماضية ، ويمكن استخدامها في مواقف مختلفة .وتوفر الملاحظة بيانات كمية ونوعية .

أما عن عيوب فتكمن في إننا لا يمكن ملاحظة السلوك الإنساني في كل مكان وزمان وفي كل الظواهر والحالات ،وقد يلجأ المبحوث إلى إظهار سلوكيات مصطنعة إذا ما عرف انه تحت الملاحظة ، ولا يمكن السيطرة على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر في السلوك الإنساني مثل البرودة الشديدة أو الحر أو الحريق والزلازل . وقد تتأثر الملاحظة بالمعرفة السابقة للمُلاحظ عن السلوك الذي يلاحظه ،وقد يشعر المفحوص أن هناك من يتدخل في خصوصياته .

ويمكن زيادة فاعلية الملاحظة من خلال استخدام التصوير أو التسجيل وتهيئة مواقف مصطنعة بحيث نحصر المبحوث في السلوك الذي نرغب بملاحظته ولا بد للباحث من هنا من التخطيط والإعداد الجيد و تحديد ما يجب أن يلاحظه من سلوكيات مسبقا .

أنواع الملاحظة

تقسم الملاحظة إلى عدة أنواع نذكر منها

الملاحظة البسيطة : وتقوم على الحواس المجردة ، ولا تستخدم بها أدوات ،وقد تكون معرضة للخطاء لأنها غير مضبوطة وتسمى أحيانا بالملاحظة العابرة حيث يقوم الباحث بملاحظة الأحداث التي تحدث بشكل تلقائي وفي ظروف طبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي .

الملاحظة المنظمة : وهي الملاحظة التي تخضع لدرجة عالية من الضبط العلمي ، ويتم تحديد زمانها ومكانها وكذلك تحديد الأدوات اللازم استخدامها من الآلات التصوير والتسجيل ، كما يتم تحديد السلوك المقصود بالملاحظة مسبقا (الخرابشة ، 2012).

الملاحظة المرحلية : وهنا يقوم الأخصائي بملاحظة السلوك في فترة زمنية ثم يعاود ملاحظته في فترة تالية ثم في فترة تالية .ويفيد هذا الأسلوب في تتبع تطور السلوك على مدى طويل من حياة الفرد .

ويمكن أن نصنف الملاحظة إلى ملاحظة فردية أو جمعية وفقا لعدد الأفراد الذين يقوم الأخصائي بمراقبتهم .

الملاحظة بالمشاركة : وتتم حين يعايش المُلاحظ المفحوصين في ظروف طبيعية وإثناء ممارستهم لحياته اليومية ، حيث يشاركهم أنشطتهم بصورة طبيعية قدر الإمكان حتى يتمكن من ملاحظة سلوكهم الذي يسلكوه دون تصنع أو تكلف (سعيد ، 1998).

ثانيا : المقابلة

الإنسان بطبعة يميل للحديث أكثر من الكتابة ولهذا السبب تعد المقابلة من أفضل أدوات جمع البيانات . وتستخدم المقابلة في ميادين أخرى غير علم النفس فقد يستخدمها الأطباء مع مرضاهم ويستخدمها أصحاب العمل مع المتقدين للتوظيف ، ولا بد أن يصبغ الطابع الودي على المقابلة إذا ما استخدمت في علم النفس وذلك حتى يحظى الباحث بثقة المبحوث .

ويمكن تعريف المقابلة بأنها : محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص أخر أو أشخاص آخرين هدفها الوصول لأنواع محددة من المعلومات واستغلالها في البحث العلمي أو الاستعانة بها لأغراض التوجيه والتشخيص والعلاج (حسن ، 1985).

ومن مزايا المقابلات أنة يمكن استخدامها مع الأميين والصغار ، وتوفر المقابلة عمقا في المعلومات حيث يستطيع الأخصائي إعادة طرح الأسئلة ، يستطيع الباحث الاستفادة من المؤشرات غير اللفظية مثل ملامح الوجه وحركات اليدين والرأس للمبحوث لتعزيز الإجابات .

وأما عن عيوب المقابلة فتكمن في إنها مكلفة بحيث لا نستطيع مقابلة عدد كبير نسبيا من الأفراد ، وتحتاج المقابلة لأفراد مدربين حتى يتمكنوا من إجرائها ، ويصعب في المقابلة التقدير الكمي للإجابات لا سيما في المقابلات المفتوحة ويصعب أيضا تسجيل الإجابات (عودة ، الملكاوي ، 1992) .

أنواع المقابلة

المقابلة المفتوحة : ويتكلم بها المستجيب بما يشاء وكيفما يشاء دون حدود للزمن أو الأسلوب .

المقابلة شبة المفتوحة : ويعطى الأخصائي فيها الحق بإعادة توجيه السؤال حتى يحصل على المزيد من المعلومات .

المقابلة المغلقة : ولا يعطى فيها المفحوص الفرصة للإسهاب بل يطرح السؤال ويجاب علية باختصار وتسجل الاستجابة .

ثالثا : الاستبانة

وهي مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخبرية والتي يطلب من المفحوص الإجابة عليها بالطريقة التي يحددها الباحث ، حسب أهداف البحث . ولا بد أن تكون أسئلة الاستبانة ذات علاقة مباشرة بمشكلة البحث وعلى الباحث الابتعاد عن الأسئلة التي تحتاج لوقت طويل وتفكير عميق من الباحث للإجابة عليها .

تكمن مزايا الاستبانة في إنها ذات جدوى اقتصادية بحيث تمكن الباحث من جمع معلومات عن عينة كبيرة بوقت قصير ولا تعطي الاستبانة الفرصة للباحث للتدخل في إجابات الإفراد وهي لا تلزم المفحوص بوقت معين للإجابة على فقرات الاستبانة. في

المقابل تفتقر الاستبانة إلى الخصائص السيكومترية من صدق وثبات بسبب صعوبة الوصول لهذه الخصائص ، تتأثر صدق المعلومات بمستوى وعي المفحوص بالظاهرة موضوع الدراسة . وقد يجد المستجيب نفسه غير ملزم بالاستجابة على جميع فقرات الاستبانة .

أنواع الاستبيانات

(1) **الاستبانة المغلقة :**

يُطلب من المفحوص اختيار الإجابة من بين عدة بدائل في هذا النوع من الاستبيانات ، وتسهل في هذا النوع عملية تصنيف الاستجابات كما إنها توفر الوقت والجهد ، كما إنها تثير دافعية المبحوث للتفاعل مع فقرات الاستبانة (غرايبة وآخرون ، 2011).

(2) **الاستبانة المفتوحة**

وهي التي يعبر فيها المبحوث عن آرائه بالطريقة التي يشاء وكيفما يشاء مما يساعد الباحث على التفهم العميق للحالة موضوع الدراسة . ويعاب على هذا النوع من الاستبيانات إنها تعطي الباحث الحرية المطلقة في تفسير الإجابات ، وقد يجد المفحوص نفسه عاجزا عن فهم هدف السؤال وبالتالي تنخفض مستوى الموضوعية في الإجابة مما يجعل من الصعوبة بمكان على الباحث تصنيف الإجابات وتحليلها ، كما إنها لا تثير دافعية المبحوث للإجابة .

(3) **الاستبانة المغلقة المفتوحة**

وهي تجمع بين النوعين السابقين وهي تجمع بين مزاياها النوعين السابقين كما انه تنعدم بها سلبيات النوعين السابقين (الخرابشة ،2012).

(4) **الاستبانة غير اللفضية**

وتكون فقراتها على شكل رسومات أو صور أو رسومات للتعرف على رأي المبحوث ، ومدى فهمة للموضوع ويستخدم هذا النوع مع الأطفال والأميين وقد يجاب على فقراتها شفهياً ومن ثم يقوم الباحث بتسجيله ، ومن سلبياتها إنها لا تستخدم إلا في المواقف التي تقوم على التميز البصري وفهمها (محجوب ، 2005) .

رابعا : الاختبارات والمقاييس

وهي من أفضل الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وذلك لأنها أعدت لتحقيق أهدافا محددة ، وتتميز نتائجها بالموضوعية لا سيما إذا كانت اختبارات مقننة واستخدمها باحث ذو خبرة ودراية في القياس النفسي ولا بد للباحث من مراعاة استخدام الأداة المناسبة من الاختبارات والمقاييس (سعيد ،198).

أما عن أنواعها فقد سبق ذكرها في بداية هذا الفصل

خامسا : الوسائل الإسقاطية

وتعتبر نوعا من أنواع الاختبارات والمقاييس النفسية ، إلا إنها تعاني من نقص شروط الصدق والثبات التي تمتاز بها الاختبارات والمقاييس .

وتُعتبر الأدوات الاسقاطية بمثابة المرآة التي تعكس ما يعاني منة المفحوص من آلام ومشاكل نفسية . حيث يستجيب الفرد للمثيرات الغامضة التي لا تنطوي على معنى واضح استجابة تكشف أعماقه وخبايا شخصيته . وبذلك تعد هذه من أفضل الأدوات التي تستخدم للكشف عن المضمون النفسي المكبوت والذي يكمن في اللاشعور والذي لا يستطيع العميل التعبير عنة مباشرة مهما بذل من جهد .

ومن الوسائل الاسقاطية المستخدمة : الوسائل المصورة حيث يطلب من المفحوص التعليق على الصورة ومثال ذلك اختبار (رورشاخ) لبقع الحبر ومن هذه الأدوات أيضا مجموعة الكلمات والألفاظ التي يطلب من المفحوص مرادف للكلمة أو يعطى صفة ويطلب منه ذكر اسم بعدها أو إن يكمل قصة بعد تذكر إمامة بدايتها .

قضايا ومشكلات خاصة ببعض مقاييس مجالات التقييم :

أولاً : المشكلات الخاصة بمقاييس القدرة العقلية :

تم تطوير مجموعة من مقاييس القدرة العقلية وقد أعدت صورة معربة ومعدلة من بعض هذه المقاييس في الدولة العربية، ويمكن تقسيم هذه المقاييس حسب طريقة تطبيقها إلى مجموعتين : مقاييس الذكاء الفردية (وأهمها مقياس ستانفورد بينيه للذكاء بمستوياته الثلاث، ومقياس مكارثي لقدرات الأطفال)، ومقاييس الذكاء الجمعية (وأهمها مقياس

كاتل للذكاء المتحرر ثقافياً، واختبار القدرة المعرفية لثورندايك وهيجن)، ومقياس ذكاء فردي جمعي هو مقياس جود أنف وهاريس لرسم الرجل، ومصفوفة رافن، وقد تعرضت هذه المقاييس للنقد والتقويم من عدد من الباحثين مثل والكيلاني والروسان ومن أوجه النقد الموجهة لها :

- عدم الاتفاق على مفهوم واحد تقيسه اختبارات الذكاء المختلفة، فقد تعددت التعريفات بطرق مختلفة، والمتتبع لتطور حركة القياس العقلي يلاحظ التباين في نظريات التكوين العقلي، ابتداء من نظرية العاملين لسبيرمان، مروراً بعملية العوامل المتعددة لثورندايك، والعوامل الطائفية لثيرستون، ونظرية جيلفورد حول بيئة العقل المتعددة العوامل، وغيرها من النظريات التي تعرف كل منها الذكاء بطريقة مختلفة .
- التحيز في فقرات اختبارات الذكاء، والسبب أن هذه الاختبارات تم تطويرها في إطار ثقافات متباينة .
- تأثر قياس الذكاء بالتحصيل الدراسي، فقد وصفت اختبارات الذكاء بأنها مجرد اختبارات استعداد مدرسي حيث تعتمد كثير من إجاباتها على المعلومات المدرسية.
- عدم توفر دلالات صدق لاختبارات الذكاء في بعض فئات التربية الخاصة، فمعظم اختبارات الذكاء تركز على العمليات المعرفية مثلاً وهي عمليات يفتقر إليها المعوقون عقلياً ولدى الموهوبين فائضاً منها .
- مدى توفر متطلبات تطبيق اختبارات الذكاء وبخاصة الفردية منها من تعليمات التقنين وشروطه، فبعض الاختبارات تتطلب فاحصاً مؤهلاً بمستوى جامعي متخصص في مجال نفسي تربوي ومدرباً على تطبيق الاختبار وتصحيحه وتقدير درجات الأداء عليه وتفسير نتائجه .
- محددات استخدام اختبارات الذكاء المعروفة مع فئات التربوية الخاصة، وكثير منها مثقل بالعامل اللفظي الذي يفتقر إليه جملة من ذوي الإعاقات، كما لا يمكن لبعضهم أن يتحكم في الاستجابة بسبب الافتقار إلى الضبط العصبي والحركي .

ثانياً : مشكلات خاصة بأساليب قياس وتشخيص السلوك التكيفي :

يشير السلوك التكيفي إلى الدرجة التي يتكيف بها الفرد مع توقعات البيئة والمجتمع ويعتمد تقويم السلوك التكيفي لدى الأطفال والمراهقين على تطور أنماط من السلوك لدى هؤلاء تمكنهم من تمثيل أدوار الكبار . ويوجد أكثر من سبب لقياس السلوك التكيفي لدى ذوي الإعاقات التطورية والفكرية حيث لديها إعاقة عقلية والتي تعرف جزئياً باعتبارها قصوراً في السلوك التكيفي ، أما السبب الآخر لتقويم السلوك التكيفي فهو التوصل إلى بيانات تساعد في تخطيط البرامج التربوية والعلاجية . وأهم هذه المقاييس هو مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي ،ومقياس السلوك التكيفي للأطفال والكبار الصادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ، ومقياس كين ليفن للكفاية كما جاء في الكيلاني والروسان (2006) .

يمكن سردها على النحو التالي :

عدم الاتفاق على مكونات السلوك التكيفي ، ومدى تمثيلها للوظائف الاستقلالية والكفايات الاجتماعية .

عدم الاتساق في تعليمات تطبيق هذه المقاييس ، فالفاحص عادة ما يعتمد على أشخاص آخرين مألوفين أو غير مألوفين – مسايرة الوضع – بالنسبة للمفحوص .

التدريج المستخدم في قياس السلوك التكيفي غير ملائم إذ لا يوجد أساس موضوعي للتقدير الكمي للأداء عندما يبدر عن المفحوص مباشرة أو عندما يعطي شخص ثالث تقديراً عنه .

هناك افتراض ضمني بوجود علاقة موجبة بين السلوك التكيفي والذكاء باستخدام مقاييس السلوك التكيفي نظراً للصعوبات التي تكتنف تطبيق مقاييس الذكاء على ذوي الإعاقات الذهنية .

التباين الكبير في حالات صعوبات التعلم ،وإمكانية تصنيف هذه الحالات في فئات فرعية .

حالات الإعاقة التي تختلط مع صعوبات التعلم ، والتي تحتاج إلى تطبيق أساليب تقويم يتم التأكد من الحالات التي يشك في أنها ليست من حالات إعاقة عقلية أو حسية أو أي تصنيف آخر .

متطلبات التقويم متعدد الجوانب قد تتضمن فحوصات متعددة لجوانب حركية وحسية وعصبية وقدرات عقلية وتآزر وقدرات لغوية وحسابية ، وربما يتحاج الأمر إلى مقابلات مع الأهل والمعلمين والمختصين .

تعدد الطرق المتبعة في التعرف على الحالات المتباينة من صعوبات التعلم وتعريفاتها

ثالثاً : مشكلات خاصة بأساليب قياس الإعاقات الحسية

في محاولة استقصاء القضايا والمشكلات الخاصة بتقويم الإعاقات البصرية والسمعية يمكن القول بأن استخدام الطرق والأجهزة الطبية قد اقترن بمعايير قياسية متعارف عليه ومعترف بها ،ومجال الخطأ في التقويم على أساسها محدود جداً . أما بالنسبة للاختبارات التربوية فلا يمكن اعتمادها في تقويم حدة البصر أو حدة السمع أو جوانب أخرى في الإعاقة الحسية ، إذا أن الاستجابة لهذه الاختبارات لا تقتصر على الكفاية الحسية ولكنها إلى جانب ذلك تعتمد على القدرات الإدراكية وعلى مدى الذاكرة البصرية والسمعية ، وعلى عوامل التآزر الحركي الحسي ، لذا فإن مستوى القدرات الحسية ليس وحده المسئول عن الاستجابة للاختبارات التربوية .

شروط التقويم الجيد في التربية الخاصة :

إن عملية تحليل البرنامج التعليمي تنطوي على القيام بجهد استقرائي ،وتحليل كمي ونوعي بالإضافة إلى ضرورة اعتماد عملية التحليل على معايير واضحة ومحددة لما يجب تحقيقه لدى المتعلمين من مهارات ومعارف ، وبذلك تتجه عمليات تحليل البرنامج نحو اكتشاف مدى التطابق بين محتويات البرنامج المتنوعة والمعايير المصممة للبرنامج .

ومن سمات التقويم الجيد في التربية الخاصة ما يلي :

الاتساق مع الأهداف : من الضروري أن تسير عملية التقويم في المجال الأكاديمي مع مفهوم البرنامج وفلسفته وأهدافه ، فإذا كان البرنامج يهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في كل جانب من جوانب النمو ، وإذا كان يهدف إلى تدريب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة على التفكير وحل المشكلات وجب أن يتجه إلى قياس هذه النواحي ، أما إذا كان مجال التقويم نفسياً أو اجتماعياً فهنا ينبغي تحديد الهدف من القياس ، وما يترتب عليه من نتائج تلعب دوراً في تشخيص حالة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وإعداد البرامج بناء على ما توصلنا إليه من نتائج .

الاستمرارية : ينبغي أن يسير التقويم جنباً إلى جنب مع عمليات التعلم من بدايته إلى نهايته فيبدأ منذ تحديد الأهداف ووضع الخطط ويستمر مع التنفيذ ممتداً إلى جميع أوجه النشاط المختلفة في البيئة التعليمية وإلى أعمال الأخصائيين والمعلمين حتى يمكن تحديد نواحي الاحتياج ونواحي القوة في الجوانب المراد تقويمها ، وبالتالي يكون هناك متسع من الوقت للعمل على تلبية الاحتياج والتغلب على الصعوبات .

التكامل : نظراً إلى أن الوسائل المختلفة والمتنوعة للتقويم تعمد إلى تحقيقه غرض فإن التكامل فيما بينها يعطينا صورة واضحة ودقيقة عن الموضوع أو الطفل المراد تقويمه وهذا عكس ما كان يتم في الماضي إذ كانت النظرة إلى الموضوعات أو المشكلات نظرة جزئية أحادية أي من جانب واحد ، وعندما يحدث تكامل وتنسيق بين وسائل التقويم فإنها تعطينا في النهاية صورة واضحة عن مدى نمو الطفل ذي الحاجات الخاصة من جميع النواحي .

الشمول : يجب أن يكون التقويم شاملاً للأطفال ذوي الحاجات الخاصة أو الموضوع الذي نقومه ، فإذا أردنا أن نقوم أثر برنامج في العلوم على الطفل الكفيف فمعنى ذلك أن نقوم مدى نمو الطفل في كافة الجوانب العقلية ، والاجتماعية ، واللغوية وإذا أردنا أن نقوم البرنامج نفسه فيجب أن يشمل التقويم أهدافه الخاصة، والاستراتيجيات والوسائل التعليمية والأنشطة ،والتقنيات المتاحة ،وإذا أردنا أن نقوم الأخصائي أو المعلم فإن تقويمه يتضمن إعداده وتدريبه ومادته العلمية وطريقة تدريسه

وسلوكه الاجتماعي وعلاقته بإدارة بيئة التعلم والأخصائيين والمعلمين وأولياء الأمور ، أي أن التقويم ينصب على جميع الجوانب في أي مجال يتناوله .

التقويم عمل جماعي تعاوني : يجب ألا ينفرد بالتقويم شخص واحد ، فتقويم الطفل ذي الحاجات ليس وفقاً على المعلم وحده بل يجب أن يشترك عليه فيه الطفل والأخصائي والآباء من أفراد المجتمع المحيط بالمدرسة ، وأما عن تقويم البرنامج من الضروري أيضاً أن يشترك في عملية التقويم الأطفال والمعلمين والمشرفين وأولياء الأمور ورجال التربية وعلم النفس ذوي الخبرة والدراية .

أن يبني التقويم على أساس علمي : يجب تكون الأدوات التي تستخدم في التقويم صادقة وثابتة وموضوعية قدر الإمكان ، لأن الغرض منها هو إعطاء بيانات دقيقة ومعلومات صادقة عن الحالة أو الموضوع المراد قياسه أو تقويمه ، وأن تكون متنوعة وهذا يستلزم أكبر عدد ممكن من الوسائل مثل الاختبارات والمقابلات الاجتماعية ودراسة الحالات ... الخ . فعند استخدام الاختبارات مثلاً يطلب استخدام كافة الاختبارات التحريرية والشفوية والموضوعية والقدرات ، وبالنسبة لاستخدام طريقة الملاحظة ،فإنه يتعين القيام بها في أوقات مختلفة وفي مجالات مختلفة وبعدة أفراد حتى نكون على ثقة من المعلومات التي نحصل عليها .

أن يكون التقويم اقتصادياً : بمعنى أن يكون اقتصادياً في الوقت والجهد والتكاليف فالنسبة للوقت يجب ألا يضيع أخصائي القياس جزءاً من وقته في إعداد وإجراء وتصحيح ورصد نتائج الاختبارات لأن ذلك سيصرفه عن الأعمال الرئيسية المطلوبة وبالنسبة للجهد فلا يرهق أخصائي القياس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بالاختبارات الطويلة أو الغامضة التي تبعده عن الهدف الذي يسعى إليه فيصاب الأطفال بالملل ، وبالنسبة للتكاليف فمن الواجب ألا يكون مغالاة في الإنفاق على عملية التقويم حتى لا تكون عبئاً في الميزانية المخصصة للتعليم .

أن تكون أدواته مناسبة : بمعنى أن التقويم الصحيح يتوقف على مناسبة أدوات التقويم لذوي الحاجات الخاصة ،وأن تقيس ما يقصد منها بمعنى أن لا تقيس النشاط الزائد إذا وضعناها لتقيس السلوك العدواني لدى الصم على سبيل المثال ، وأن تقيس

كل ناحية على حدة حتى يسهل النواحي وتفسيرها بعد ذلك ،وأن تغطي كل ما يراد قياسه.

اخلاقيات أخصائي القياس النفسي ومسئولياته

لقد أوضح صلاح مراد ، وأمين سليمان (2002) أن مسئوليات مستخدم الاختبارات النفسية تتلخص فيما يلي:

(1) التدريب المسبق على إعطاء الاختبارات ، فمما لاشك فيه أن بعض الاختبارات يسهل تطبيقها على الأفراد، كما أن هناك اختبارات تحتاج من أخصائي القياس إلى تدريب مسبق قبل تقديمها للمشارك، وخير مثال على ذلك :الاختبارات الفردية التي تطبق على الأطفال المتخلفين عقلياً أو الأميين من ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تحتاج لتدريب أكثر من الاختبارات الجماعية، وكذلك الاختبارات الإسقاطية تحتاج إلى تدريب خاص و مكثف أكثر مما تحتاجه بعض وسائل التقرير الذاتي أو الاستبيانات

(2) ألفة أخصائي القياس بالاختبار الذي سيطبقه على ذوي الاحتياجات الخاصة، ولذلك لابد أن يقرأ كراسة التعليمات التي تصاحب الاختبار بعناية قبل أن يقوم بتطبيق الاختبار ويلتزم بما جاء فيها من تعليمات عن : استثارة الدوافع والتهيؤ، وإقامة علاقة اجتماعية بين أخصائي القياس و ذو الاحتياجات الخاصة؛ ولذلك فإن التدريب المسبق يعطي أخصائي القياس نوعاً من الألفة في فن إعطاء واستخدام الاختبارات.

(3) الالتزام بالاتجاه العلمي المحايد أثناء عملية إجراء الاختبار، ويظهر ذلك في عدم مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على إصدار الاستجابة المرغوب فيها سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال التلميحات أو عمليات الاستحسان، وتعبيرات الوجه والإيماءات أو الإشارات وما إلى ذلك من طرق ووسائل

(4) المحافظة على العلاقة الإنسانية بين أخصائي القياس وذو الاحتياجات الخاصة التي تتسم بالثقة والاطمئنان والقبول المتبادل وحسن المعاملة طوال فترة أداء الاختبار.

ويظهر ذلك من خلال إلقاء تعليمات الاختبار، وعدم الانزعاج من استفسارات المشاركين قبل أداء الاختبار.

(5) اختيار الاختبار الملائم لقدرات واستعدادات المشاركين وكذلك أعمارهم ومثال ذلك: لا يجب استخدام اختبار يقيس ذكاء الأطفال الصم مع الأطفال المكفوفين ، أو استخدام اختبار المتاهة مع أفراد يعانون من نقص في التحكم في حركات اليد

(6) تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات ، سواء كانت ظروف فيزيقية مثل: جودة الإضاءة والتهوية والبعد عن المشتتات، أو ظروف نفسية مثل: خفض القلق والتوتر الناشئ عن أداء الامتحان، كذلك الإدارة الجيدة في أثناء أداء الاختبار والتي تتمثل في : الوقوف في مكان ظاهر يراه و يسمعه الجميع، وإعطاء الفرصة للمشاركين للاستفسار و الرد على أسئلتهم، وزيادة دافعية المشاركين للإجابة وإعطاء التعليمات بشكل بسيط وواضح. ومن الجدير بالذكر أن هذه الأمور و غيرها يصعب تعلمها عن طريق الكتب وإنما تكسب بالخبرة و المران تحت إشراف المختصين

الفصل الثالث

البدايات الأولى لتشخيص اضطراب طيف التوحد إلى ما قبل صدور الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض العقلية

- لمحة تاريخية
- تطور عملية تصنيف اضطراب طيف التوحد
- الصعوبات التي تواجه عملية تشخيص التوحد
- أهداف التشخيص في اضطرابات طيف التوحد
- التعرف المبكر على المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد
- خطوات التقييم التشخيصي لاضطراب التوحد
- محكات تشخيص التوحد
- فريق برامج التدخل المبكر

لمحة تاريخية

شغلت حالة "التوحد "وتفسيراتها الأطباء منذ ما يقارب المائة عام ، وشهد "التوحد" تغيرات جذرية خلال السنوات الأخيرة . ويبدو أن أول من أستعمل تلك العبارة الطبيب النفسي السويسري يوجين بلولر (Eugen Bleuler) عام 1911 مستنبطا من التعبير اليوناني (Autism) أي الذات.

وقد أعتمد يوجين تعبير " الانطواء إلى الداخل (running inward)"والانطواء الذاتي على المرضى الإنفصامين البالغين0 وقد عرف التوحد قبل 1943م بأنه مرحلة انتقالية " لانفصام الشخصية اللاحق " واعتبر توحد الأطفال حينها صنف من انفصام الشخصية الطفولي أو حالة اضطراب في التفكير . أما في العام 1943 عرف العالم الأميركي ليو كانر (Leo Kanner) التوحد الطفولي (Early Infantile Autism) وسرد مواصفاته العادية التي من شأنها تميزه عن الإنفصالين، فقد قدم كانر عام حالات 11 طفلا جرت متابعتها منذ 1938عبر مقال (الاضطراب التوحدي في التواصل الانفعالي Autistic (Disturbances of Affective Contact)والذين كانت قد جرت المبادرة بمراقبتهم عام 1938 والذي أوحوا بأدائهم ، ما اعتبره كانر متلازمة جديدة وهي"التوحد طفولي " Infantile Autismالمتميز بعدد من الخصائص .

- حالة توحد شديدة Extreme Autism
- **الولع الشديد Obsessiveness**
- النمطية العشوائية Stereotypy
- التقليد الكلامي المتكرر Echolalia

وبالنسبة لكانر(Kanner) فإن الفارق الجوهري بين التوحد والانفصام هو مرور المصابين بالانفصام بمرحلة تطور طبيعية قبل ظهور أعراض الانفصام عليهم بينما لا يشهد المصابون بالتوحد الطفولي سوى العزلة والتوحد الشديدين منذ أيامهم الأولى. وقد أعتقد أن التوحد ينتج عن خلل في عمليات التطور والنمو وليس علة نفسية مكتسبة والفئة التشخيصية التي تعرف ب" توحد كانر" تتميز بقصور مستدام في التفاعل والتواصل الاجتماعي. كما يبدر عن المصابين سلوكيات حصرية ومتكررة، وعشوائية، ونمطية،

وللمصابين اهتمامات ونشاطات خاصة وعبثية. أما حدة هذه المظاهر فهي تتفاوت بشكل كبير من مصاب إلى آخر http://www.gulfkids.com

ومن الجدير ذكره إنه في عام 1944 وفي الوقت الذي نشر فيه " كانر " دراسته ، كان هناك طبيب نمساوي يدعى " هانز أسبرجر " نشر دراسته باللغة الألمانية والتي تناولت 4 أطفال وصفهم بأن لديهم أطوار غريبة ومشتركة ، وأطلق على تشخيصه اسم " متلازمة اسبيرجر" Asperger Syndrome بالرغم من عدم معرفته بدراسة " كانر " وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد 0ويمكن تحديد اختلاف أطفال كانر عن أطفال اسبريجر بالجوانب الأساسية التالية

- أطفال اسبيرجر تتمتع بدرجة ذكاء متوسطة (أي في المستوى الطبيعي) بينما كانت كذلك القلة لدى أطفال كانر .
- أطفال اسبيرجر قادرين على الكلام ، بينما كان البعض من أطفال كانر قادرين على الكلام والبعض الأخر لا يتكلمون
- المهارات الحركية لدى أطفال اسبرجر أسوأ بكثير مما علية لدى أطفال كانر . (غانم ، 2013)

وفي عام 1964 أكتشف الدكتور برنارد ريملاند أدلة تؤكد إن التوحد هو حالة بيولوجية biological condition

أما في عام 1966 فقد أكتشف الدكتور أندرياس ريت (Andreas Rett) دليلا آخر يؤكد إن التوحد هو حالة بيولوجية .

وقد عثر كل من الدكتورة سوزان فلوستين والدكتور مايكل روتر عام 1977على توأمين مصابين بالتوحد مما أوى لهما بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد 0(شبيب ، 2008)

تطور عملية تصنيف اضطراب طيف التوحد :

لم تكن عملية الوصول إلى تعريف متفق علية بين المهتمين بهذا الاضطراب أمراً سهلا ، وقد تعاقبت جهود المهتمين والباحثين بهدف الوصول إلى توضيح شامل لمفهوم هذا الاضطراب وتوضيح المعايير التشخيصية له0 فقد انعكس غموض هذا الاضطراب

وتداخل أعراضه مع أعراض بعض الإعاقات الأخرى على تصنيف هذا الاضطراب 0 فقد اعتبرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) من عام 1951 وحتى عام 1968 التوحد شكلاً من أشكال فصام الطفولة وذلك في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، وظل الحال على ذلك النحو إلى عام 1977 عندما أصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) الدليل التاسع لتصنيف الأمراض (ICD-9) حيث فرقت بين التوحد وفصام الطفولة ، وقسمت التوحد إلى أربع فئات هي: توحد الطفولة ، والاضطراب الذهني التفككي ، والاضطراب العقلي الطفولي النمطي.(غانم ، 2013) .

وفي عام 1980 صنفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي(APA) اضطراب التوحد كأحد الاضطرابات النمائية الشاملة من خلال الدليل الإحصائي والتشخيصي الإصدار الثالث (DSM – 3) 0وصنف اضطراب التوحد على أنة إعاقة صحية من قبل الجمعيات والمنضمات المهتمة بالتوحد . وفي عام 1987 وفي النسخة المعدلة من DSM – (3) ونتيجة لوجود مجموعة من الأطفال التي لا تنطبق عليهم جميع المعايير الخاصة باضطراب طيف التوحد تم إضافة فئة جديدة سميت بفئة الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder – Not otherwise Specified) . وفي عام 2000 توسع مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders) في النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع بحيث أصبح يضم فئات وهي اضطراب التوحد (Autism Disorder) ،واضطراب ريت Retts Disorders)، واضطراب اسبيرجر (Asperger Disorder) ، واضطراب تفكك الطفولة (Childhood Disintegrative Disorder, CDD) والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder – Not otherwise Specified). (الخطيب وآخرون ، 2011)0 وفي عام 2013 ومن خلال النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي جرى تعديل أخر على الفئات التي تندرج تحت مضلة الاضطرابات النمائية الشاملة حيث تم الاتفاق بين المهتمين والباحثين على إن متلازمة ريت (Rett Syndrome)لم تعد اضطرابا معرفيا سلوكيا كغيرها من باقي الفئات ، وإنما أصبحت اضطرابا معرفيا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MeCP2)

وبذلك استثنيت هذه المتلازمة كواحدة من اضطرابات طيف التوحد ، كما تم تغير تسمية هذه الفئة ليصبح اضطرابات طيف التوحد وهذا المسمى يجمع بين جميع الفئات السابقة التي كانت تندرج تحت مضلة ما يسمى بالاضطرابات النمائية الشاملة 0وقد أورد الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس هذا المسمى الجديد تحت مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmentl Disorders) إلى جانب الاضطرابات العقلية ، واضطرابات التواصل ، واضطرابات ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وصعوبات التعلم والاضطرابات الحركية (الجابري ، 2014)

الصعوبات التي تواجه عملية تشخيص التوحد

لا يزال تشخيص التوحد يواجه العديد من المشكلات والصعوبات من اجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال التوحيديين ، ويمكن عرض هذه الصعوبات النقاط التالية

(1) التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات التوحد.
(2) اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة للإعاقة .
(3) تشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى .
(4) عدم وجود اختبارات مقننة للقياس و التشخيص على درجة عاليه من الصدق والثبات .

أهداف التشخيص في اضطرابات طيف التوحد

فقد عرف حمدان (2001) التشخيص بأنه تحديد شدة الاضطراب وأعراضه من خلال تطبيق أداة قياس أو أكثر خاصة بهذه الاضطراب، ويمكن للفاحص إصدار حكم وفق المعايير المتفق عليها من الأخصائيين في هذا المجال والمؤسسات والجمعيات العالمية، بعد تطبيق أداة قياس مناسبة ، وبناء على ما تقدم يمكن القول بأن تشخيص اضطراب التوحد بشكل دقيق وشمولي له أهداف تتلخص بما يلي :

(1) وضع الخطط العلاجية.
(2) تحديد مدى تحقيق الأهداف قصيرة المدى والبعيدة منها.
(3) يوفر للأسرة معلومات حول استجابة للطفل للعلاج.

(4) يوفر للأسرة معلومات حول التغيرات المتوقعة التي سوف تظهر على الطفل.
(5) يساعد في إظهار مدى التقدم في العلاج.
(6) عدم الخلط بين التوحد والإعاقات الأخرى.
(7) الإحالة الملائمة.

التعرف المبكر على المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد

يولد الطفل سليما معافى وغالبا لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة وعادة ما يكون الطفل وسيما وذي تقاطيع جذابة ، ينمو الطفل جسميا وفكريا بصورة طبيعية حتى بلوغه سن الثانية أو الثالثة من العمر ، ثم تبدأ الأعراض بالظهور فجأة كالتغيرات السلوكية (كالصراخ الدائم أو الصمت الدائم) ونادرا ما تظهر هذه الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر . وظهور هذه الأعراض الفجائية يتركز على اضطراب المهارات اللغوية والمعرفية ونقص التواصل مع المجتمع بالإضافة إلى عدم القدرة على الإبداع والتخيل (الصبي ، 2003) .

وفي الوقت الحاضر يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة اختصاصي معتمد وخاصة ما يكون اختصاصي في نمو الأطفال أو طبيب وعادة ما يتم ذلك قبل عمر ثلاث سنوات أو (36) شهرا .وفي نفس الوقت فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين والأشخاص المقربين الذين لهم علاقة مباشرة بحياة الطفل مباشرة 0(الفهد ، (2001

وعلى الرغم من إن الافتراض القائل إن اضطراب التوحد موجود مع الولادة ، إلا إنه قد لا يشخص بصورة رسمية إلا عند وصول الطفل سن الثانية إلى الخامسة حيث تبدأ الاضطرابات في المجال الاجتماعي واللغة بالظهور بصورة واضحة . حتى في هذه المرحلة فإن التشخيص لا يبدو عملاً سهلاً . وهناك القليل من المتخصصين ذوي التدريب الجيد والخبرة الطويلة في هذا المجال . إن إحدى صعوبات التشخيص قد تتمثل في إن الطفل التوحدي قد يظهر معظم أعراض الاضطراب ولكن ليس جميعها . هذا

العامل قد يفسر نسبياً تدني نسبة الثبات المتدني بين المتخصصين في تشخيص نفس الطفل .

إن التباين الكبير بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد دفع بعض المختصين في المجال إلى التساؤل حول قيمة المعايير التقليدية في تشخيص هذا الاضطراب . إن مفهوم "التوحد" لا يساهم كثيراً في فهم الخصائص والقدرات الخاصة للطفل . كما إن المفهوم لا يوضح اتجاه التدخل العلاجي باعتبار إن كل طفل قد يحتاج إلى برنامج علاجي خاص . فالطفل التوحدي الذي يعاني من سلوك إيذاء الذات يتطلب علاجاً مختلفاً عن ذلك الذي يعاني من الصداء (الترديد اللاإرادي للألفاظ (echolalia) . ومن المهم الإشارة إلى أن مفهوم "التوحد" العام لا يوضح اتجاه المرض للطفل . مجرد معرفتنا بأن الطفل يعاني من التوحد لا تعين كثيراً في فهم مدى التحسن الذي سيطرأ على الحالة (Koegel ,Rincover , Egel , 1982) .

تظهر سمات الطفل ذو اضطراب طيف التوحد قبل إتمامه العام الثالث. وإذا لوحظ أي منها يجب الاهتمام بمتابعة الطفل وعرضه على أخصائي، ومن هذه السمات:

(1) عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع الذي يدل على رغبته في أن يحمل.
(2) تصلُّب الطفل عندما يحمل ومحاولة الإفلات.
(3) يبدو كما لو أنه أصم لا يسمع، فهو لا يستجيب لذكر اسمه أو لأي من الأصوات حوله.
(4) فشل الطفل في التقليد كباقي الأطفال في المرحلة العمرية نفسها.
(5) قصور أو توقف في نمو القدرة على الاتصال اللغوي وغير اللغوي.(حمدان، 2013)

في حين أن "رويرز" (Roeyers, 1995) يذكر أنة لا بد من اللجوء للتشخيص في حال ملاحظة المؤشرات التالية، بعضها أو جميعها ، وهذه الأعراض هي:

- مقاومة التغيير.
- الهلوسة أثناء النوم.

- الإصرار على الروتين.
- الصعوبة في فهم الانفعالات.
- فقدان الاستجابة للآخرين.
- ضعف القدرة العقلية العامة.
- ترديد الكلمات دون فهم لمعناها.
- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- معاناة الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد من صعوبات في النمو اللغوي.

والخلاصة أن استعراض أعراض اضطراب التوحد وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد قبل إتمامه الثلاثين شهرا من عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وهذه المؤشرات هي:

- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يحبون أن يحتضنهم أحداً.
- أنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يهتمون غالبا بمن حولهم.
- أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
- أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطا غير طبيعي.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
- أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.
- أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
- أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يملكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم، والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية.

- أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.
- أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
- أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
- أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.
- أنهم يظهرون تفاعلا من جانب واحد.
- أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
- أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداه.

خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد

لا يمكن النظر لعملية التشخيص على أنها عملية منفصلة عن المراحل التي سبقتها، بل هي عملية مكملة ، تهدف بالنهاية للوصول لتشخيص دقيق ووافٍ عن الحالة مما يساعد على تحديد نوع التدخل الأنسب للحالة ، ولابد من وجود فريق متكامل لتنفيذ عملية التقويم التشخيصي ، حيث يقوم الفريق برسم صورة شاملة عن الحالة ومن ثم التنسيق فيما بينهم للخروج ببرنامج متكامل حول التدخلات التي يجب أن تقدم للطفل ذي اضطراب طيف التوحد (قزاز ، 2007) .

إن عملية تشخيص اضطراب التوحد تمر بثلاث خطوات رئيسية وفق التالي

أولا : المسح المبكر:

وهي أول خطوة من خطوات عملية تشخيص اضطراب التوحد ، والمقصود بها التعرف على الأطفال الذين يظهرون عدد من المؤشرات الخاصة اضطراب التوحد وذلك لإحالتهم لعملية تشخيص متكامل ، بمعنى أن المسح يعتبر إنذارا هاماً يشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل اضطراب التوحد بينما التشخيص يؤكد أو ينفي اضطراب التوحد لدى الطفل بشكل رسمي .

وقد حدد العلماء أربع سلوكيات إذا اجتمعت لدى طفل عمره 18 شهر أو أكثر، دل ذلك على احتمال كبير لأن يكون لديه التوحد ، وهذه السلوكيات هي:

1. عدم استجابة الطفل لاسمه
2. عجز الطفل عن الإشارة إلى الأشياء ومتابعة نظرات الآخرين
3. عدم القدرة على التقليد
4. عدم القدرة على اللعب التمثيلي

وتعتبر عملية المسح والكشف المبكر في غاية الأهمية لما لها من علاقة بعملية تقديم الخدمات وخاصة خدمات التدخل المبكر والتي تؤدي إلى مخرجات تعليمية وتدريبية أفضل بكثير مما هي عليه في حالة تقديم الخدمات المتأخرة ، لذلك فقد عمدت العديد من الدراسات والأبحاث على تحديد المؤشرات السلوكية التي يعتبر ظهورها ناقوس خطر لدى الطفل ، وهذه المؤشرات تناولت مجالات: تطور اللغة والنمو الاجتماعي ومظاهر السلوك النمطي ومحدودية الاهتمامات واللعب ، وبناءً على هذه الدراسات تم تطوير العديد من أدوات الكشف الخاصة باضطراب طيف التوحد ومن أهمها:

- اختبار الكشف عن الاضطرابات النمائية الشاملة PDDST-II : Pervasive Developmental Disorders Screening Test-Stage (II
- قائمة تقدير الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغار البريطانية CHAT : The Checklist for Autism in Toddlers
- قائمة التقدير المعدلة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغار الأمريكية M- The Modified Checklist for Autism in Toddlers: CHAT
- أداة الكشف عن ذوي اضطراب طيف التوحد في عمر السنتين STAT : The Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds
- استبيان الكشف عن طيف التوحد ASSQ : The Autism Spectrum Screening Questionnaire
- استبيان الكشف عن اضطراب التوحد ASQ : Autism Screening Questionnaire

ثانيا - التشخيص المتكامل :

وهي تمثل الخطوة الثانية في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد ، حيث سيتم هنا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات لكل طفل دلت نتائج الكشف المبكر

بأن لديه احتمالية عالية لوجود اضطراب التوحد لديه ، فهذه الخطوة هدفها التأكد من وجود اضط ا رب التوحد لدى الطفل أو عدمه ، هي تتضمن توظيف عدد من الأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة منها ، بحيث يتم فيها العمل على قياس وتشخيص أكبر قدر ممكن من المجالات النمائية الوظيفية لدى الطفل.

ويتم تنفيذ هذه الخطوة من قبل فريق التشخيص المتكامل ، وتتضمن هذه الخطوة ما يلي:

التقييم الطبي : (Medical Evaluation)

ليس الهدف هنا العمل على تشخيص التوحد بصورة طبية ، وإنما الهدف هو فهم حالة الطفل بصورة أوضح والعمل على استثناء الاضطرابات الأخرى والتي قد تتشابه مع اضطراب التوحد ، وبالتالي فإن الهدف من التقييم الطبي هو تأكيد إعطاء تشخيص اضطراب التوحد للطفل ، ويعتبر الفحص الطبي العام وفحص السمع من أهم الفحوصات في هذا الشأن ، يلي ذلك في درجة الأهمية التخطيط الكهربائي للدماغ ، أما بالنسبة لباقي الفحوصات الطبية فيقوم الطبيب بتحديد مدى حاجة الطفل إليها بشكل فردي بناءً على الأعراض التي يظهرها .

وقد أشارت تاسي (Tasi ,2003) إلى إن يمثل الهدف من التقييم الطبي في تحديد أسباب الاضطراب لدى الطفل ، وتحديد المشكلات الصحية المرافقة لهذا الاضطراب والتي يمكن أن تزيد من حدة مشكلات الحالة ، تقديم خدمات الإرشاد الجيني للعائلة ومساعدتها على فهم أسباب الاضطراب لدى طفلها ، وتوضيح إمكانية الوقاية الأولية والثانوية .

ويتكون الفحص الطبي من الفحوص التالية :

(1) **الفحص العصبي النمائي**

ويهدف إلى تحديد ما إذا كان هناك أدلة على وجود مشكلات عصبية نمائية ومقارنتها مع الأداء العصبي للأطفال من نفس العمر الزمني ، وتركز هذه الفحوص على الأمور التالية ، محيط الرأس ، أداء العصب القحفي ، أداء المخيخ ، الاستجابات

العقلية ، الفحوص الحركية واختبارات التناسق الحركي التوحد (California Department of Developmental Services ,2002).

(2) **الفحوص المخبرية**

ويتم تحديدها اعتمادا على التاريخ الإكلينيكي والفحوص الجسمية للحالة ، ومنها تاريخ العائلة المرتبط ببعض المشكلات ، كما في حالة اضطراب تناول الطعام غير الصالح للأكل ، والذي يمكن إن يقود ظهوره إلى اتخاذ القرار بعمل الكشف الخاص به (قزاز ، 2007) .

(3) **الفحوص الجينية والاستشارات الجينية**

حيث تهدف هذه الفحوص إلى تحديد بعض الاضطرابات الجينية مثل متلازمة الكرموسوم الهش (Fragile X syndrome) والتصلب الحدبي واضطراب ريت الذي يرتبط بجين (MECP – 2) . وتحديد الاختلال الذي يصيب بعض الكرموسومات مثل الكرموسوم رقم (7) و (15) لدى بعض حالات التوحد (Tasi ,2003) .

(4) **التقييم المخبري العصبي**

يتم استخدام أجهزة كشف دماغي مثل : جهاز التخطيط الكهربائي الدماغي والذي يستخدم في حال ظهور نوبات صرعيه لدى الحالة ، وكذلك يفيد في حال ظهور حركات نمطية غير طبيعية ، وأيضا في الحالات التي يحدث لديها فقدان للمهارات اللغوية المكتسبة. كما يستخدم جهاز الرنين المغنطيسي وجهاز المسح الدماغي حيث يستخدمان في حالات صغر حجم الدماغ وحالات النمو المتزايد لمحيط الرأس ، بالإضافة إلى فحوص الحامض العضوي للبول في حال الشك بوجود اضطراب عصبي (قزاز ، 2007) .

(5) **تقييم الحواس**

أولا : الفحوص البصرية : تنتشر حالات قصر وطول النضر بين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية، وتقييم القدرات البصرية وهو جزء من التقييم الطبي ، ويتم إجراء فحوص للعين وللحدقة واستجابة العين للمثيرات وبنية العين فإذا شك الأهل أو

المشخصون بوجود مشكلات لدى الحالة في البصر وجب تحويلها إلى أخصائي الفحص البصري.(California Department of Developmental Services ,2002)

ثانيا : الفحوص السمعية :

يفضل تحويل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى الفحص السمعي . حيث يتم فحص بعض تلك الحالات منذ الولادة . ويصاب بعض الأطفال التوحدين بضعف السمع في مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة إصابات أو أمراض كما في التهاب الأذن (Tasi , 2003) .

التقييم النمائي :

يتم بهذا التقييم جمع البيانات الأساسية حول نمو الطفل لتحديد مدى وجود التأخر النمائي لدى الطفل أو لا ، وهذا التقييم مهم لأنه يقدم لنا أهدافاً مزدوجة لكل من عملية التشخيص ووضع الأهداف التربوية فيما بعد ، تمر هذه العملية بمرحلتين أساسيتين هما :

المرحلة الأولى : الملاحظة النمائية (Developmental Surveillance)

ويشير هذا المفهوم إلى عملية جمع المعلومات والبيانات عن الحالة من خلال ملاحظات الأهل لمراحل تطور طفلهم وآراء الأخصائيين ومعرفتهم المرتبطة بهذه الحالة، فالملاحظة النمائية تهدف إلى التقصي والتعرف على مراحل تطور الطفل ونموه في النواحي الانفعالية والاجتماعية والمهارات الحركية الدقيقة والكبيرة ، وتستخدم المعلومات التي يتم الحصول عليها بهذه الطريقة لمقارنة نمو الطفل بالنمو الطبيعي . وتعتبر الملاحظة النمائية الخطوة الأولى التي يمكن أن توصل إلى الكشف وتتم الملاحظة النمائية في مرحلتين هما:

1. **الحصول على معلومات أولية عن حالة الطفل** . ويرى ستروك Stork , 2004 ()إن المعلومات تكون إما مكتوبة أو أشرطة فيديو مسجلة توثق فترات سابقة من حياته ، مثل مناسبات أعياد الميلاد .أو صور والبومات تساعد الأهل في تذكر سلوكيات قام بها طفلهم . تساعد هذه المعلومات في عملية التشخيص وتحديد محتوى وطبيعة المقابلات القادمة مع الأهل ومقدمي الخدمة 0

2. مقابلة الأهل ومقدمي الرعاية : يعتبر كوينينج (Koening , 2001) الأهل هم الخبراء في أطفالهم ، وهم مصدر المعلومات الأساسي حولهم ، وكذلك مقدمو الرعاية . وتساعد المعلومات التي يقدمونها فريق التدخل بالحصول على معلومات مهمة عن جوانب نمو الطفل المختلفة. ولا بد هنا من تمتع فريق مقابلة الأهل ومقدمي الرعاية بمهارة عالية تمكنهم من الحصول على ما يفيدهم من المعلومات .

وتركز مقابلة الأهل ومقدمو الرعاية على الجوانب التالية :

- التاريخ الصحي للطفل .
- التاريخ السلوكي والنمائي للطفل.
- تاريخ العائلة الصحي والعقلي.

والإحالة ومن ثم التقييم والتشخيص (قزاز،2007) .

ثالثا : الكشف (Screening)

وتشير إلى عملية تحديد عوامل الخطر للاضطراب من خلال أساليب واختبارات خاصة ، ويتم فيه أيضا تحديد مقدار الخطر الذي يمكن أن يحدث ، وكذلك قابلية الحالات لتطوير اضطراب توحد أو تأخر نمائي (developmental delay) وهذه العملية لا تهدف إلى تقييم وتشخيص حالة وإنما تعطي فكرة عن حاجتها إلى تقييم وتشخيص وتدخل برامجي (Programmatic intervention) ، وفي الآونة الأخيرة بدأ الباحثون في هذا المجال بالتركيز على النواحي النمائية المرتبطة بالتواصل اللغوي والاجتماعي في السنتين الأوليين من حياة الطفل حيث إن الأطفال يظهرون ضعفا في النواحي الاجتماعية والمعرفية والتواصلية في وقت مبكر وهذا يمكن أن يتضمن اعرض متعددة منها صعوبة توجيه انتباههم، ضعف التواصل ما قبل اللفظي، وضعف القدرة على التقليد (imitation) و ضعف القدرة على التفهم الانفعالي لمشاعر الآخرين . ولا شك أن الكشف المبكر من شأنه إن يؤدي إلى التدخل المبكر مع الطفل ، وبالتالي الحيلولة دون تطور المشكلات والأعراض السلوكية لدية بشكل يعيق تكيفه مع البيئة المحيطة ، كذلك فأن الكشف المبكر يجنب أسرة الطفل الكثير من الضغوط النفسية التي تنشأ نتيجة عدم

معرفتهم لطبيعة حالة طفلهم ، وأيضا يسهل إيصال الدعم لهذه الأسرة ، مما يساعدها على فهم الحالة وتقبلها والتعايش معها .(Storck ,2004)

وقد تم تطوير العديد من أدوات الكشف الخاصة باضطراب التوحد مثل : -

1. اختبار الكشف عن الاضطرابات النمائية الشاملة 0
2. قائمة تقدير الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغار
3. مقياس تقييم الاضطرابات النمائية
4. قائمة التقدير المعدلة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغار(الأمريكية) .
5. استبيان الكشف عن اضطراب التوحد(قزاز ، 2007).

التقييم المعرفي

تشير الدراسات الحديثة إلى تمتع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدى واسع من القدرات المعرفية ، على الرغم من وجود تقديرات تشير إلى إن نسبة (70 - 80%٪) منهم يقعون ضمن فئات الإعاقة العقلية، ويظهر بعضهم مستوى عادي أو فوق العادي في القدرات غير اللفظية مع إظهار مشكلات في جوانب المهارات اللفظية أو المهارات التكيفية .(California Department of Developmental Services ,2002)

ويتم الاعتماد على التقييم المعرفي لتمييز اضطراب التوحد عن غير من الاضطرابات الأخرى وتحديد المشكلات المصاحبة له ، وتبدو أهمية التقييم المعرفي في الجوانب التالية

1. تشير الكثير من الدراسات والأبحاث إلى أن استجابة حالات اضطراب طيف التوحد إلى التدخل العلاجي ترتبط بشكل كبير بالأداء المعرفي ، فقد لوحظ على سبيل المثال إن التدخلات العلاجية مع الأطفال ذوي القدرات العقلية المتدنية الذين لم يطوروا لغة نطقية كانت اقل نجاحا مقارنة بغيرهم من ذوي القدرات العقلية العليا نسبيا
2. يساعد التقييم المعرفي في عملية التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد عن غيرة من الاضطرابات الأخرى ، كما أن له دورا مهما في عملية التخطيط البرامجي)

ومن الامثلة على أدوات القياس المعرفي:

- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children(WISC)
- مقياس وكسلر لذكاء البالغين(WAIS) Wechsler Adulte Scale for Intelligence
- مقياس ستانفورد بينية للذكاء (النسخة الرابعة) Stanford-Binet Scale for Intelligence,4th edition
- مقياس وكسلر للذكاء في مرحلة ما قبل المدرسة- المنقح Wechler Preschool and Primary Scales of Intelligence- Revised(WPPSI-R)
- (California Department of Developmental Services,2002)

تقييم السلوك التكيفي :(Adaptive Behavior Evaluation):

يشير هذا المفهوم إلى القدرة على حل المشكلات في الحياة الواقعية، ويزود هذا التقييم الأخصائي بمعلومات عن أداء الطفل في البيت والمدرسة، ويتم الاستفادة منها في التعرف على المؤشرات الدالة على قدرة الطفل على التكيف مع البيئة، ويتكون السلوك التكيفي من عدة مجالات: المهارات التواصلية، المهارات الاجتماعية، والنمو الحركي الكبير والدقيق، مهارات الحياة اليومية، العناية بالذات، والأداء الانفعالي والاجتماعي.(قزاز،2007)

ويهدف هذا التقييم أيضا للتعرف إلى مستوى القدرات العقلية ومظاهر السلوك التكيفي لدى الطفل الذي لديه اضطراب التوحد ، وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة والتعامل معها بفاعلية وبصورة تتناسب مع عمره الزمني الاختبارات والمقاييس المستخدمة لتقييم السلوك التكيفي لحالات التوحد تتمثل في :

مقياس فاينلند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Scales(VABS)

مقاييس فاينلند الانفعالية الاجتماعية في الطفولة المبكرة Vineland Social Emotional Early Childhood Scales(VSEECS)

مقاييس السلوك الاستقلالي – المنقح Scales of Independent Behavior- Revised(SIB-R) (قزاز،2007).

التقييم السلوكي:

وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوكي دقيق للسلوكيات التوحدية يحدد كل من " روبرت كوجل koegle (2003) خمسة محاور يتعين أن يشملها هذا التشخيص. وهذه المحاور الخمسة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

الأول: وصف السلوكيات التوحدية:

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدى إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال،فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلا من الفائدة؛ وفي المقابل، فإن وصفا مثل " إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

الثاني: درجة كل سلوك ومقداره

ذلك أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك، من الممكن أن توصف بذكر المقدار . ويتم ذلك بتحديد تكرار السلوك أو مقداره. وعلى سبيل المثال، هل يظهر سلوك لسع الأطفال الآخرين وقرصهم بمعدل عشر مرات في اليوم، أم مرة واحدة كل أسبوع؟ أما بالنسبة لسلوكيات أخرى مثل استثارة الذات أو نوبات الغضب ، فقد يتم قياسها بتحديد المدة، كأن نحدد فترة نوبة الغضب و/ أو عدم ظهورها . وذلك بأن نذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.

الثالث: البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي تظهر فيها. وللنظر إلى السلوك ، وللمساعدة في فهمه و توقعه ، فلابد من تحليل البيئة التي يظهر فيها. من هنا يتحتم تقييم البيئة التي يظهر فيها السلوك وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك Antecedents، وكذلك الفعل الذي عادة ما يلي السلوك في البيئة، وهو ما يطلق عليه توابع السلوك Consequences. وهذا التحليل يعود إلى النموذج المعرفي A.B.C وهذه الحروف ما هي إلا اختصارات للكلمات الانجليزية Antecedents- Behavior- Consequences

ومما يجدر ذكره ، أن كل التشخيصات السلوكية الشاملة، يجب أن تحتوى على مكونات تركز على نماذج معقدة من السلوك، مما يؤدى إلى الوصول إلى اتجاه فعال في التدخل العلاجي. فعلى سبيل المثال: لنأخذ مثلا الطفل الذي يلجأ إلى سلوك اللسع أو القرص ، حيث يسبق السلوك الوصف التالي " يظهر السلوك عادة خلال ثلاث ثوان، ويتبعه عادة مهمة تعليمية" أما النتائج فقد وصفت كالتالي " يؤخذ الطفل إلى مكتب المسؤول، ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى البيت" . من هنا، فإننا سوف نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدواني أو الفوضوي.

الرابع: الوظيفة المقصودة:

إن كثيرا من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل. ومن هنا فإن السلوك الفوضوي من الممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل . ان إتباع تقييم سوابق السلوك، و السلوك، وتوابعه A.B.C يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك، وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا.

ومن الممكن ملاحظة كثير من السلوكيات للمحافظة عليها في وظائف محددة، ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعا و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

- الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب.
- الهروب من متطلب محدد وتجنبه و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.
- تتجنب نشاط محدد مثل تجنب مهمة صعبة ، أو الانتقال، أو الاعتراض على نشاط معين.

الخامس: الاستثارة الذاتية Self- Stimulation

إن سلوك الاستثارة الذاتية، أو ما يدعى السلوك النمطي، يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، وتحريك الأشياء أمام العينين، وهزهزة الجسم، و التي قد تمتد لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحديين بتغذية راجعة حسية حركية. ومن الممكن التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة، فقد تكون

هذه السلوكيات أحيانا دقيقة من قبيل حركات العينين عند تعرضهما للضوء، أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة أو عند الحزن. وتكون عند البعض الآخر أكثر وضوحا؛ مثل هزهزة الجسم، أو إخراج أصوات عالية متكررة. وكذلك فإن معظم سلوكيات الاستثارة الذاتية تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن ألا تمثل هذه المعاني أبدا . كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، مما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة . وعندما يتم كبح هذه السلوكيات ؛فإن ذلك يؤدى إلى زيادة تلقائية في الاستجابات الأكاديمية، ويكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيها أنماط من اللعب و التعلم قد ازدادت وتطورت.

كما ينبغي أن يوضع في الاعتبار نموذج A.B.C أعني سوابق السلوك – السلوك – توابع السلوك. فعندما تقدم للطفل مهمة أكاديمية، فإن الطفل يمارس عدوانيته، وكنتيجة لذلك فقد ينجح في إبعاد المهمة عن نفسه. ومن الممكن هنا افتراض أن الوظيفة من هذا السلوك تكمن في تجنب المهمة الأكاديمية؛ فالطفل يحاول تجنب هذه المهمة، مما يؤدي إلى ظهور السلوك الفوضوي. وعندما تتم مكافأة هذا السلوك فإنه تتم المحافظة عليه من خلال التوابع، ومن هنا، فإن فهم وظيفة سلوك محدد يساعد في تطوير سلوكيات تواصلية مناسبة تقابل الحاجة نفسها من السلوك الفوضوي.

وقد يلجأ الكثير من الباحثين إلى تطبيق أساليب تقويم السلوك للقياس والعلاج . ويقدم (Koegel Rincover , Egel , 1982) أسلوب القياس أو التشخيص السلوكي (behavioral assessment) والذي يهدف إلى الملاحظة والتحديد وتعديل السلوك غير المقبول . ويهتم هذا المنهج بأسباب سلوك الطفل أكثر من الأسباب المرضية للتوحد. والمراحل التي يتضمنها هذا الأسلوب هي كالتالي :

أولاً : تبدأ المرحلة الأولى بعملية فرز وتقويم المزاج العام أو النزعة العامة ، تتضمن هذه المرحلة استخدام أساليب معينة كما هو الحال مع المقابلة ، والملاحظة المباشرة ، وتطبيق قوائم السلوك لتحديد المشاكل العامة كعدم الاستجابة الاجتماعية، والمشكلات الأخرى كالنوبات العصبية الحادة .

ثانياً : المرحلة الثانية تتضمن تقويماً أكثر دقة لمجالات المرحلة الأولى . هنا نقوم بتحديد المشكلة ، وتعريفها (definition of the problem) . تتطلب هذه المرحلة تحديد المشكلة بصورة تسمح بقياس مستقل وثابت يمكن الاعتماد عليه . فعلى سبيل المثال يمكن قياس الاستجابة الاجتماعية بصورة دقيقة من خلال تحديد عدد المرات التي يقوم بها الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد التوحدي بتبادل النظر مع المعالج عندما يقوم الأخير بمناداة الطفل باسمه .

العنصر الآخر في هذه المرحلة هو تكوين الفروض . إن على المعالج أن يحدد العوامل البيئية التي يمكن من خلالها السيطرة أو التأثير على هذه العوامل لتغيير أنواع معينة من السلوك

ثالثاً : المرحلة الثالثة تتمثل في تحديد وتصميم البرامج العلاجية . سيقوم المعالج باختيار أهداف أو هدف معين محاولاً اختبار الفرضية التي وضعها في المرحلة الثانية فيما يتعلق بالعوامل البيئية . بعد تحديد واختيار السلوك المستهدف وبيان البرنامج العلاجي ، يقوم المعالج بتحديد المستوى الإجرائي أو مستوى خط الأساس للاستجابات قبل بدء البرنامج .

رابعاً : تتطلب المرحلة الرابعة من القياس مراقبة تطور العلاج مقارنة بسلوك الطفل في مرحلة ما قبل العلاج . وكلما تحقق علاج سلوك معين يقوم المعالج بإدخال سلوك جديد ليضعه قيد المعالجة . إذا لم يطرأ أي تحسن في السلوك المعالج فإن على المعالج فرضيته المتعلقة بمتغيرات البيئة . وقد يتوجب عليه تصميم برنامج علاجي جديد.

خامساً : تتضمن المرحلة الخامسة عملية تقويم للبرنامج العلاجي . ويتم قياس السلوك الذي تم تناوله والتأثير عليه في بيئات مختلفة ، ومع حالات أخرى ، وكذلك من خلال فترات زمنية مختلفة . ويمكن قياس تأثير العلاج على الطفل من خلال إدراك الآخرين كالوالدين ، والمدرسين ، أو الجيران وذلك لتأسيس مدى صدق التحسن الذي طرأ على الطفل ضمن محيطه الاجتماعي

التقييم التربوي(التعليمي)

يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي Formal assessment باستخدام أدوات قياسية ، والتقييم غير الرسمي informal assessment باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين. و الغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية :

1. مهارات قبل الدراسة.
2. مهارات دراسية: القراءة و الحساب .
3. مهارات الحياة اليومية: الأكل و اللبس ودخول الحمام.
4. أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات.

تقييم التواصل: communication assessment

التجارب المنهجية، و الملاحظة التقويمية ومناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه. ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة ، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك.

التقييم الوظيفي: occupational assessment

المعالج الوظيفي occupational therapist يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية sensory integrative Functions ، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع و البصر والتذوق والشم و اللمس) ، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبرى (المشي و الجري و القفز). ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، والمهارات البصرية، وعمق الإدراك.(عمارة ،2005)

محكات تشخيص التوحد

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على أساسها. معايير تشخيص اضطراب التوحد:

تطورت معايير تشخيص اضطراب التوحد منذ اكتشافه على يد كانرKanner عام (1943)، ووصولا إلى الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات الذهنية DSM-V-2013 ومن هذه المعايير:

1 : محكات كانر 1943

ولا بد أن تنطلق أية محاولة للتعرف وتشخيص من جهود كانر (Kanner) الواردة في مقاتلة الأساسية عن التوحد والتي ركز فيها على عدد من المحكات أهمها :

- الضعف الشديد في التواصل مع الآخرين .
- الإصرار على إتباع الروتين .
- الاهتمام بالأشياء التي يتم مسكها باستخدام العضلات الدقيقة .
- ظهور نمط لغوي غير مفيد في التواصل الاجتماعي .
- ذاكرة جيدة وقدرة جيدة في الأداء في الجانب الأدائي في اختبارات الذكاء .

2 – محكات اسبرجر (Asperger)

كما وردت في دراسات ايهليرز و جيلبرغ (Ehlers &Gillberg,1993) والتي حددها بسبع خصائص هي: القصور في التفاعل الاجتماعي ، تمسك شديد ببعض الأشياء أو المهمات ، السلوك النمطي المتكرر ، تجنب التواصل البصري ،قصور في استخدام اللغة اللفظية ، تفوق إدراكي محدد بمهارات محددة ، قصور حركي بسيط . ولكن بعد ذلك تم الفصل بين اضطراب التوحد واضطراب اسبرجر ووضعت معايير خاصة لكل منهما .

3. معايير كريك (Creak 1961)

والتي حددها بتسع خصائص مجتمعه كشرط في تشخيص اضطراب التوحد وهي: القصور الدائم في التفاعل الاجتماعي العاطفي - ضعف القدرة على إدراك الهوية الذاتية - تعلق غير طبيعي بأشياء معينة أو أجزاء منها أو سلوكيات أو مهمات - مقاومة التغيير - تدني الإدراك وردود فعل غير طبيعية نحو المثيرات أو المعلومات الحسية - مجموعة مظاهر انفعالية محددة - قصور أو انعدام في النمو اللغوي - أنماط حركية غير طبيعية - تدنٍ واضح في نمو القدرات العامة . وقد ذكرتها أيضا(الشامي، 2004) .

4. معايير روتر (Rutter 1978)

حيث تمثلت في القصور الواضح في النمو والتفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي والسلوك النمطي المتكرر المصحوب بالمقاومة الشديدة للتغيير إضافة إلى ضرورة ظهور هذه الخصائص قبل عمر (30) شهرا .

محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي لتصنيف الأمراض العقلي

The Diagnoses and Statistical Manual Criteria – DSM

وفي ما يلي عرضا للمحكات التشخيصية التي وردت في الدليل الإحصائي والتشخيص الثالث والرابع والخامس (DSM – III – IV V) للأمراض العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) والدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO).

وقدم الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث1980 : DSM , III , APA) (المحكات التشخيصية التالية لاضطرب التوحد : ضعف الاستجابة ، ضعف أو غياب اللغة ، رفض التغير والميل للارتباط بالأشياء ، غياب أعراض الفصام ، ظهور الأعراض قبل سن (30) شهرا.

محكات النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث لتصنيف الأمراض العقلي

(DSM , III ,TR, APA, 1987)

في عام 1987 ظهرت نسخة معدلة من الدليل الاحصائي والتشخيصي الثالث (DSM , III ,TR, APA, 1980) حيث قدمت المعايير التالية لتشخيص اضطراب التوحد

المحك الأول :

قصور نوعي في مجال التفاعلات الاجتماعية ،والتواصل اللفضي وغير اللفضي ، ومحدودية الأنشطة والاهتمامات

ويشمل المحك الأول (16) اضطرابا سلوكيا تقع ضمن الفئات الثلاث . ولكي يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من التوحد فإن الدليل يشترط توافر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر بحيث تشمل مظهرين على الأقل من الفئة الأولى ، ومظهر واحد من الفئة الثانية ، ومظهر واحد من الفئة الثالثة . ويشترط لتحقيق المعيار أن يكون السلوك شاذاً بالنسبة للمستوى النمائي للطفل . وهي :

الفئة الأولى: القصور النوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وتظهر بالصور التالية :

ملاحظة : الأمثلة الواردة بين الأقواس مرتبة بحيث إن ما يرد أولاً ينطبق على الأرجح على حالات الأطفال الأصغر سناً أو ذوي إعاقات التوحد الأكثر حدة في حين يشير ما يرد تالياً للأطفال الأكبر سناً أو حالات التوحد الأقل حدة .

1. افتقار واضح إلى الوعي بوجود الآخرين أو بمشاعرهم (على سبيل المثال يعامل الأشخاص كقطع الأثاث ؛ لا يدرك مشاعر الضيق لدى الآخرين؛ يبدو إنه لا يفهم حاجة الآخرين للخصوصية) .
2. عدم الإحساس بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة أو التعبير عن ذلك بطرق شاذة (لا يلجأ إلى الراحة حتى عند المرض أو التعرض للأذى أو التعب ، أو إنه يطلب الراحة بأسلوب نمطي شاذ كترديد كلمة معينة) .
3. الافتقار إلى التقليد أو قصور فيه (لا يلوح بيديه كإشارة للتوديع ؛ لا يقلد الأم في أنشطتها المنزلية ؛ قد يقلد الآخرين بصورة آلية ؛ يستجيب خارج إطار الموضوع).
4. الافتقار إلى اللعب الاجتماعي أو اللعب بصورة شاذة (عدم المشاركة الفعالة في الأنشطة البسيطة ؛ يفضل اللعب منفرداً ؛ يتخذ الأطفال الآخرين كأدوات معينة فقط في اللعب) .

5. قصور كبير في القدرة على بناء صداقات من الأقران (لا يبدي اهتماماً بتكوين الصداقة مع أقرانه ؛ بصرف النظر عن اهتمامه بخلق الأصدقاء ، فإنه يفتقر إلى فهم أصول التفاعل الاجتماعي كأن يقرأ دليل التلفونات لأحد أقرانه غير المهتمين بالأمر) .

الفئة الثانية: قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وكذلك النشاط التخيلي وتظهر بالصور التالية :

1. لا يمتلك أسلوباً للتواصل ، كما هو الحال مع الأصوات غير المفهومة ، تعبيرات الوجه ، الإشارات والإيماءات ، الحركات الجسدية ، واللغة المنطوقة.
2. تواصل غير لفظي شاذ بصورة واضحة كما هو الحال مع الحملقة في عيون الآخرين ، تعبيرات الوجه ، الإيماءات الجسدية ، أو الإشارات التي يقصد بها المبادأة التفاعل الاجتماعي (لا يتوقع من الآخرين إمساكه ، أي ملامسته، يتشنج عندما يحاول الآخرون ذلك ، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه أو لا يبتسم له ، لا يرحب بالوالدين أو الزوار ، يحملق بصورة ثابتة بالمواقف الاجتماعية) .
3. الافتقار إلى النشاط التخيلي ، كما هو الحال مع تمثيل أدوار الراشدين ، الشخصيات الخيالية ، أو الحيوانات ، والافتقار إلى الاهتمام بالقصص الخيالية .
4. شذوذ واضح في إخراج الكلام سواء في حدة الصوت ، علوه ، أو النبرة ، معدل إخراج الأصوات ، إيقاع الصوت ، أو الترنيم (أي انخفاض وارتفاع الصوت) (كما هو الحال مع رتابة الصوت ، واللحن الذي يشبه التساؤل ، والصوت ذو الدرجة العالية) .
5. اضطرابات واضحة في شكل الكلام أو محتواه بما في ذلك الكلام النمطي والمتكرر (التكرار الميكانيكي لدعايات أو إعلانات التلفزيون ، استخدام كلمة " أنت " بدلاً من " أنا " كما هو الحال في قول الطفل .
6. " أنت تريد كعكاً " بدلاً من " أنا أريد كعكاً ") استخدام خاص في الكلمات أو الجمل كما هو الحال مع " أذهب إلى اللعبة الخضراء " لتعني " أنا أريد أن ألعب في الأرجوحة " ؛ أو استخدام ملاحظات غير وثيقة الصلة بالموضوع (كالبدء بالتحدث عن مواعيد القطار أثناء الحديث عن موضوع حول الرياضة).

7. قصور واضح في القدرة على المبادأة في الحديث مع الآخرين أو المحافظة على المحادثة رغم امتلاك الطفل القدرة على الكلام (الانغماس في حديث طويل في موضوع معين بصرف النظر من إبداء الآخرين استغرابهم للأمر).

الفئة الثالثة : ذخيرة محددة جداً من الأنشطة والاهتمامات تظهر بالصور التالية:

1. حركات جسمية نمطية كما هو الحال مع رفرفة اليدين ، تحريكها بصورة دائرية ، ضرب الرأس ، حركات جسمية معقدة .
2. انشغال متواصل بأجزاء الأشياء (شم الأشياء ، تحسس ملمس الأشياء بصورة متكررة تدوير (لف) عجلات سيارات الألعاب) ، أو التعلق بأشياء غير عادية (الإصرار على حمل قطعة خيط).
3. انزعاج (ضيق) ملحوظ لأي تغيير في العناصر البسيطة في بيئته كنقل الزهرية (المزهرية) من مكانها الأصلي .
4. إصرار غير عادي على إتباع نظام معين (الروتين) بتفصيلاته الدقيقة كالإصرار على إتباع نفس الطريق عند الذهاب للتسوق .
5. مدى محدود جداً من الاهتمام والانشغال بشيء معين كما هو الحال بالاهتمام بوضع الأشياء في صف ، تكديس الحقائق حول الأرصاد الجوية ، أو التظاهر بأنه شخصية خيالية .

المحك الثاني :

يجب أن يظهر الاضطراب في مرحلة الطفولة (بعد سن 36 شهراً).

محكات النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لتصنيف الأمراض العقلي

(DSM , V ,TR, APA, 2000)

وقد ظهرت نسخة معدلة الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM , IV,TR, APA, 1994 عام 2000و الذي قدم محكات تشخيصيه لاضطراب التوحد وهي أكثر دقة وشمولية من سابقاتها . ويمكن إجمالها فيما يلي :

المحك الأول :

توافر ستة اعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة التالية على أن تتكون هذه الأعراض من اثنين من المجموعة الأولى وواحد من كل من المجموعتين الثانية والثالثة .

المجموعة الأولى : العجز النوعي في التفاعل الاجتماعي ولابد من ظهور اثنين على الأقل من الأعراض التالية :

1. الافتقار للسلوك الاجتماعي والانفعالي المتبادل
2. فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين الاهتمامات وضعف الاستماع وعدم المقدرة على التحصيل .
3. الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مناسبة مع الأقران من العمر الزمني نفسه .
4. العجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل : الإيماءات ، تحديق العينين والأوضاع الجسمية والتغيرات الوجهيه .

المجموعة الثانية : العجز النوعي في التواصل

1. تأخر في اللغة المنطوقة مع عدم مصاحبتها للتعويض من خلال وسائل التواصل الأخرى مثل الإشارة والإيماءات
2. الصعوبات في المناقشة والاستمرار في الحديث مع الآخرين في حالة وجود اللغة .
3. النمطية والتكرار في استخدام اللغة .
4. العجز في اللعب ويتمثل في عدم التخيل والتنوع أو الافتقار للعب الاجتماعي مع الآخرين كما هو متوقع ممن هم في عمره الزمني نفسه .

المجموعة الثالثة : النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات ويجب أن تظهر على الأقل واحدة من الأعراض التالية :

1. الانشغال بواحدة أو أكثر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية الالتزام بطقوس روتينية معينة وغير وظيفية .
2. حركات جسمية نمطية مثل (رفرفة اليدين وحركات معقدة لكامل الجسم) .
3. الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات .

المحك الثاني : التأخر (قبل سن الثالثة) في :

1. التفاعل الاجتماعي
2. استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي .
3. اللعب التقليدي أو اللعب الرمزي .

المحك الثالث

أن لا تكون هذه الأعراض دالة على اضطراب ريت أو اضطراب تفكك وانحلال الطفولة (CDD) (الخطيب ، الصمادي ، الروسان ، الحديدي ، يحيى ، الناطور ، الزريقات ، العمايره ، السرور 2011).

ولكن ما مدى اتساق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الرابع (DSM –IV) مع الإصدار السابق / الثالث (DSM-III) في مجال تشخيص التوحد ؟

إن مقارنة معايير التشخيص لاضطراب التوحد الواردة في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV , 1994) مع الطبعة السابقة تشير إلى إن الوصول إلى معايير دقيقة ومحددة لتشخيص اضطراب التوحد لا زال أمراً بعيد المنال . صحيح إن الدليل الجديد قد استبقى المعايير الأساسية للتوحد والمتمثلة في توافر إختلال أو قصور في ثلاثة مجالات رئيسة وهي التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، والاهتمامات والأنشطة . إلا إن الدليل الجديد دمج مجموعة من العناصر ليصل مجموع من المعايير إلى (12) عنصراً بدلاً من (16) ويحتاج تشخيص التوحد إلى توافر (6) معايير فقط .

ينبغي التمييز بين اضطراب التوحد (utistic disorder AD) والاضطرابات النمائية الأخرى كما يشير الدليل الإحصائي والتشخيصي في طبعته الرابعة . فاضطراب (ريتز) (Retts) يختلف عن اضطراب التوحد في نسبة الإصابة بين الجنسين ونمط القصور أو الاضطراب (Pattern of deficits) . لقد تم تشخيص اضطراب (ريتز) في الإناث فقط ، بينما يحدث اضطراب التوحد بنسبة أعلى في البنين مقارنة بالإناث (4 : 1) . من ناحية أخرى يتميز اضطراب (ريتز) بتباطؤ في نمو الرأس ، وفقدان للمهارات

اليدوية المكتسبة في مرحلة سابقة ، وكذلك تآزر ضعيف في الجذع وحركات المشي . قد يظهر الأطفال الذين يعانون من اضطراب (ريتز) ، وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة ، صعوبات في التفاعل الاجتماعي شبيهة التي تظهر عند التوحديين ، إلا إنها تميل إلى أن تكون عابرة وقصيرة الأجل.

من ناحية أخرى يرتبط (اضطراب ريت) بحالات التخلف العقلي الشديد (Severe) أو الحاد (العميق) (Profound). أما نسبة الشيوع فهي غير محددة إلا إنه يبدو إن الاضطراب أقل شيوعاً من اضطراب التوحد . ويظهر اضطراب التوحد قبل سن الرابعة ، عادة في السنة الأولى أو الثانية من العمر . كما إن العلاج يبدو محدوداً .

يختلف اضطراب (ريت) عن اضطراب انحلال الطفولة (CDD) واضطراب (آسبرجر) (AD) في وقت حدوث الاضطراب ونسبة الشيوع بين الجنسين وكذلك نمط الاضطراب أو القصور . فكما تمت الإشارة فإن اضطراب (ريت) يصيب الإناث فقط ، في حين إن اضطراب انحلال الطفولة وآسبرجر أكثر شيوعاً بين الذكور . كما إن الاضطراب (ريت) يحدث في فترة مبكرة (الأشهر الخمسة الأولى من العمر) في حين إن النمو الطبيعي للطفل في اضطراب انحلال الطفولة قد يمتد لفترة أطول حيث قد تصل إلى سنتين على الأقل .

من ناحية أخرى يختلف اضطراب التوحد عن اضطراب انحلال الطفولة (Childhood disintegrative disorder) والذي يتميز بنمط نمو نكوصي (developmental regression) إنه يحدث بعد سنتين على الأقل من النمو الطبيعي . في حالة اضطراب التوحد تكون الاضطرابات النمائية واضحة خلال السنة الأولى .

يمكن تشخيص اضطراب (آسبرجر) (Asperger s Disorder) وتمييزه عن التوحد من خلال تأخر الطفل في النمو اللغوي . لا يمكن تشخيص الطفل بأنه يعاني من (اضطراب أسبرجر) عندما تتوافر معايير التوحد . أما فصام (Schizophrenia) الطفولة فإنه يتطور عادة بعد سنوات من النمو الطبيعي ، أو شبه الطبيعي . ويمكن تشخيص الفصام أيضاً عندما يظهر الفرد الذي يعاني من التوحد مظاهر الفصام كما هو الحال مع التوهم أو الهذيان الواضحين واللذان يجب أن يستمرا شهراً واحداً على الأقل .

محكات النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لتصنيف الأمراض العقلي ( ) DSM , V ,TR, APA, 2000 لتشخيص اضطراب اسبيرجر

معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة المعدلة (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders- DSM-IV-TR ,2000) وقد حدد هذا المعايير التشخيصية التالية:

أ- اختلال كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنين على الأقل من المظاهر التالية:

1. اختلال واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية العديدة مثل التحديق عين في عين، تعبير الوجه، الإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
2. الإخفاق في إقامة علاقات مع الأقران مناسبة للمستوى التطوري.
3. انعدام السعي العفوي للمشاركة في المتعة أو الاهتمامات أو الإنجازات مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور أو عدم الإشارة إلى الموضوعات التي يهتم بها للآخرين).
4. انعدام التبادل الانفعالي أو الاجتماعي.

ب- نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة مقيدة وتكرارية ونمطية، كما تتبدى في إحدى التظاهرات التالية على الأقل:

1. انشغال كلي في واحد أو أكثر من نماذج الاهتمام المقيدة والنمطية، وهو انشغال شاذ إما في الشدة أو في التركيز.
2. التمسك الصارم بطقوس محددة وغير وظيفية.
3. أنماط حركية نمطية وتكرارية (مثل الضرب باليد أو بالإصبع أو بليّهما أو حركات معقدة للجسم كله.
4. الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء.

ج- يسبب الاضطراب اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو حقول هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

د- لا يوجد تأخر عام هام سريرياً في اللغة (مثلاً، تُستخدم كلمات مفردة بعمر سنتين، كما تستخدم عبارات تواصلية بعمر 3 سنوات).

هـ- لا يوجد تأخر هام سريرياً في التطور المعرفي أو في تطور مهارات إعانة الذات بما يتناسب مع العمر أو في السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي) أو في الفضول نحو المحيط أثناء الطفولة.

و- لا تتحقق معايير اضطراب نمائي نوعي آخر أو معايير الفصام (الزريقات، 2004).

محكات النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لتصنيف الأمراض العقلية( )
DSM , IV ,TR, APA, 2000 **لتشخيص اضطراب ريت** (Rett's Disorders)

معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة المعدلة (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders- DSM-IV- TR ,2000) لاضطرابات ريت

أولاً: توفر الخصائص التالية جميعها

- نمواً طبيعياً أثناء الحمل (قبل الولادة) وبعدها.
- نمواً نفس حركياً طبيعياً خلال الأشهر الخمسة الأولي بعد الميلاد.
- محيطاً للرأس طبيعياً عند الميلاد.

ثانياً: بدء ظهور جميع الأعراض التالية بعد مرحلة النمو الطبيعي السابقة :

- نقص في سرعة نمو الرأس بين عمر 5 ، 48 شهراً بعد الميلاد.
- فقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق وكانت قد اكتسبت مثل الكتابة بالأيدي أو غسيلهما.
- فقد مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي .
- ظهور تدهور في تناسق الجذع .
- قصور شديد في نمو قدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين مع تخلف واضح في نمو الجانب السيكوحركي .

معايير مستحدثة لتشخيص إعاقة الريت

في غياب أعراض إعاقات أخري يجب وجود جميع الأعراض التسعة الآتية للحكم علي الحالة بأنها حالة ريت وهي

- مرور فترة من 6 – 18 شهراً من النمو الطبيعي بعد ميلاد الطفل ولادة طبيعية وفترة حمل طبيعية
- أن يكون محيط رأس الطفل عند الميلاد مساوياً للمعايير المعروفة-
- بطء ملحوظ بعد ذلك في سرعة نمو الرأس ابتداء من الشهر السادس حتى عشر سنوات
- فقدان أو قصور شديد فيما يكون الطفل قد اكتسب من القدرة اللغوية علي التعبير والاتصال والتخاطب وفقدان الرغبة في التفاعل مع الآخرين إلي حد الانطواء علي الذات مع هبوط في معدل نمو الذكاء
- فقدان تام لمهارات الاستخدام الهادف للأيدي بدءاً من الشهر الخامس حتى عامين ونصف مما يعرقل محاولات قياس الذكاء أو القدرة علي الفهم اللغوي والأداء العملي.
- اندماج الفتاه في حركات نمطية للأيدي قد تتمثل في واحدة أو أكثر مما يلي (مص الأصابع أو الرفرفة والطرقة بها أو التصفيق بالأيدي واتخاذ وضع لليدين يشبه حركة غسيل الأيدي بالصابون أو حركة العزف علي العود أو الجيتار أو استمرار ضغط الأصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريباً ولا تتوقف إلا عند النوم0
- في حالة استطاعته المشي يكون مشوباً بالترنح وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً بحركات تشنجية تتسم بالجمود في الأرجل وربما يتميز بالمشي علي أطراف أصابع القدم
- اهتزاز أو رعشة في الجذع أو ربما في الأطراف وخاصة في حالات الغضب أو الضيق
- التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3 – 5 سنوات من العمر

أعراض يلزم استبعادها عند تشخيص اضطراب ريت

وحتى نتجنب الخطأ في التشخيص نورد هنا بعض أعراض غير واردة في التشخيص ويلزم استبعادها تماماً فهي ليست من الأعراض الدالة علي إعاقة الريت وهي:

- ظهور أحد أعراض توقف أو قصور النمو في مرحلة ما قبل الولادة.
- النمو الزائد في أحد الأعضاء.
- نقص حجم محيط الرأس عند الميلاد.
- أي تلف في المخ يحدث أثناء الولادة.
- ظهور أورام أو مرض عصبي متقدم.
- إصابة الجهاز العصبي بمرض معد شديد مثل الالتهاب السحائي أو إصابة في الرأس (منتدى أطفال الخليج لذوى الاحتياجات الخاص).

محكات النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لتصنيف الأمراض العقلي ( ) DSM , V ,TR, APA, 2000 لتشخيص اضطراب الطفولة التفككي (Childhood disintegrative Disorder) :

لقد أورد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية ((DSM-4) اربعة محكات لتشخيص هذه الفئة وهي:

المحك الأول

نمو طبيعي فيما يبدو لمدة سنتين على الأقل بعد الولادة يدل عليه وجود تواصل لفظي وغير لفظي مناسب للمرحلة العمرية ، علاقات اجتماعية ، لعب وسلوك سوي.

المحك الثاني

فقدان واضح بالكشف الطبي للمهارات التي تم اكتسابها سابقاً (قبل سن العاشرة) ، في ناحيتين على الأقل مما يلي:

- لغة التواصل تعبيراً أو فهماً
- المهارات الاجتماعية أو السلوك السوي
- التحكم في التبول أو التبرز
- اللعب
- المهارات الحركية

المحك الثالث

اضطراب وظيفي في ناحيتين على الأقل مما يلي:

خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي (مثل: خلل في السلوك غير اللفظي ، الفشل في تكوين علاقات مع الأقران ، فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي).

خلل نوعي في التواصل: (مثل: تأخر نمو اللغة المنطوقة أو غيابها) ، عدم القدرة على المبادرة الحديث أو الاستمرار فيه ، نمطية وتكرار في استخدام اللغة ، غياب القدرة على اللعب التخيلي.

أشكال محدودة ، ومتكررة ، ونمطية من السلوك ، والرغبات ، والأنشطة.

المحك الرابع

يجب أن لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطراب نمائي محدد آخر أو اضطراب الفصام.

معايير تشخيص الاضطرابات النمائيه الشاملة غير المحددة

Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise specified (PDD- Nos)

وهذه الطائفة من الأطفال التوحديين لكي يتم تشخيص أفرادها يتعين أن يتوفر فيهم شرطان:

الأول: ألا تنطبق عليهم أي من البنود السابقة في المقاييس التشخيصية التي عرضناها في الطوائف الأربع السابقة.

الثاني: ألا توجد أي درجة من درجات الاضطراب الموضوعة لأي طفل ينتمي إلى الطوائف الأربع السابقة.

وفي ضوء ما ورد في الدليل التشخيصي للرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM-IV فإن هذه الطائفة الخامسة من طوائف التوحد يتم البحث عن البنود التي تمثل أعراضاً لها في حالات معينة،عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو في مهارات التواصل اللغوي أو غير اللغوي نعني اللفظي أو غير اللفظي، أو في سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية متكررة، على ألا تكون بنود المقياس المستخدم

تنطبق على اضطرابات نمائية معينة مما سبق ذكرها، أو ذات علاقة بانفصام الشخصية في مرحلة الطفولة.

جدول رقم (2)الفرق بين اضطراب التوحد واضطرابات طيف التوحد الأخرى

الفئة / الاضطراب	المعيار الأول : العمر عند ظهور الاضطراب
التوحد الكلاسيكي	قبل عمر الثالثة
اسبيرجر	بعد عمر الثالثة
التفكك الطفولي	بعد عمر سنتين وقبل سن العاشرة
الاضطراب النمائي غير المحدد	غير محدد
الفئة / الاضطراب	المعيار الثاني : الذكاء العملي
التوحد الكلاسيكي	تتراوح درجة ذكائهم من فوق المتوسط إلى التخلف الذهني الشديد
اسبيرجر	درجة ذكاء فوق المتوسط أو أعلى
التفكك الطفولي	تخلف ذهني شديد
الاضطراب النمائي غير المحدد	من تخلف ذهني بسيط إلى درجة ذكاء فوق المتوسط
الفئة / الاضطراب	المعيار الثالث : النمو الأولي
التوحد الكلاسيكي	75٪ من الحالات تعاني من تأخر واضح في النمو
اسبيرجر	لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام والمهارات الإدراكية
التفكك الطفولي	تطور طبيعي حتى سن 3 -5 سنوات وأحيانا حتى العاشرة يتبعه تراجع وفقدان للمهارات
الاضطراب النمائي غير المحدد	غير محدد
الفئة / الاضطراب	المعيار الرابع : الخصائص الجوهرية
التوحد الكلاسيكي	قصور نوعي في مجال التفاعل والتواصل الاجتماعي والسلوكيات والاهتمامات

اسبيرجر	قصور نوعي في مجال التفاعل الاجتماعي والسلوكيات لا يوجد تأخر بالقدرات المعرفية. محدودية الاهتمامات
التفكك الطفولي	اضطراب في التفاعل الاجتماعي واللغة واللعب والقدرة على الحركة مشكلات شديدة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية
الاضطراب النمائي غير المحدد	قصور نوعي في مجال التفاعل الاجتماعي قصور نوعي في مجال إما التواصل أو السلوك وليس الاثنين معا. الاضطراب في المجالات الثانية أقل حدة مما هوعلية في الفئات السابقة
الفئة / الاضطراب	المعيار الخامس : المظاهر الطبية
التوحد الكلاسيكي	حدوث نوبات الصرع بصورة شائعة
اسبيرجر	حدوث نوبات الصرع بصورة غير شائعة
التفكك الطفولي	حدوث نوبات الصرع بصورة شائعة
الاضطراب النمائي غير المحدد	حدوث نوبات الصرع بصورة شائعة
الفئة / الاضطراب	المعيار السادس : نتائج التحسن
التوحد الكلاسيكي	يتراوح من الضعيف إلى الجيد
اسبيرجر	يتراوح من المقبول إلى الجيد
التفكك الطفولي	ضعيف جدا
الاضطراب النمائي غير المحدد	يتراوح من المقبول إلى الجيد

محكات تشخيص التوحد الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض International Classification Of Diseases , ICD 10, 1992)

لقد طورت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO) من خلال الدليل العالمي العاشر لتصنيف الأمراض (International Classification Of Diseases , ICD 10, 2010) ، معايير للكشف عن التوحد في الطبعة العاشرة الذي صدر عام 1992 :

أما معايير الدليل الدولي للأمراض التصنيف (ICD-10) فهي:

1. عادةً ، لا يوجد مرحلة سابقة من النمو يوجد شك فيها ، ولكن إن وجدت فهي تبدأ بالظهور قبل الثلاث سنوات
2. يلاحظ دائما وجود ضعف في التفاعل الاجتماعي مثل عدم الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والعاطفية وعدم القدرة على فهم مشاعر الأشخاص و \ أو عدم تعديل السلوك وفق المواقف الاجتماعية ، ضعف استخدام الإشارات الاجتماعية ونقص في السلوكيات الاجتماعية ، العاطفية، والتواصلية ، و نقص في التبادل العاطفي الاجتماعي .
3. التقليد والنقص النوعي في التواصل بشكل عام مثل ضعف استخدام المهارات اللغوية الموجودة في التواصل الاجتماعي ، اختلال في اللعب التخيلي والاجتماعي ، ونقص في التبادل اللغوي ، عدم القدرة على التعبير ، ضعف في الإبداع والخيال ، عدم وجود رد فعل عاطفي لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، ضعف التنوع في طبقات الصوت أو التشديد أثناء التواصل ، ضعف مماثل في التعابير الجسدية التي تؤكد أو تساعد في التواصل اللفظي .
4. يتميز هذا الاضطراب أيضاً بأنواع من السلوك والأنشطة والاهتمامات النمطية والمتكررة والمحددة ، مثل الميل إلى فرض الجمود و الروتين على فئة واسعة من النشاطات اليومية ،وهذا ينطبق عادةً على النشاطات الجديدة كما هو الحال في العادات اليومية وأساليب اللعب ،وفي مرحلة الطفولة المبكرة تحديداً ، قد يتعلق بأشياء غير مألوفة ، عادةً تكون قاسية ، فقد يصر الأطفال على أداء روتين معين في أعمال ذات طابع غير وظيفي ، مثل الاهتمام النمطي بالمواعيد أو الطرق أو

الجداول الزمنية ، ومن الشائع الاهتمام بأجزاء غير وظيفية من الأشياء (كرائحتها أو ملمسها) ، وقد تظهر مقاومة للتغيير في الروتين أو تفاصيل البيئة الشخصية (إعادة الأثاث إلى شكله القديم بعد قيام الأسرة بتغييره)

5. 5- بالإضافة إلى هذه الخواص التشخيصية المعينة ، يتكرر لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد ظهور مجموعة من المشاكل اللانوعيه الأخرى مثل: الخوف / الرهاب ، اضطرابات في النوم والأكل ، ونوبات من الغضب ، و العدائية ، وإيذاء الذات (مثل عض اليدين) خاصة عندما يترافق مع إعاقة ذهنية شديدة ، ومعظمهم غير عفويين أو مبادرين أو مبدعين في تنظيم أوقات فراغهم ، ويعانون من صعوبة في تطبيق تصوراتهم أثناء اتخاذ قرارات في العمل (حتى عندما تكون المهام نفسها في حدود قدراتهم)

6. إن إظهار سمة العجز في التوحد تتغير مع نمو الأطفال ، ولكن العجز سيستمر في خلال حياة الراشد مع وجود نمط مماثل من المشاكل على نطاق واسع كالاندماج في المجتمع ، والتواصل ، والاهتمامات .

7. يجب أن تظهر الاضطرابات النمائية في السنين الثلاثة الأولى حتى يتم التشخيص ، ولكن هذه الاضطرابات يمكن تشخيصها في جميع الفئات العمرية ، ويمكن أن تترافق جميع مستويات القياس .

محكات تشخيص التوحد الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض العقلية المراجعة العاشرة
International Classification Of Diseases , ICD 10, 2000

لقد طورت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO) من خلال الدليل العالمي العاشر لتصنيف الأمراض (International Classification Of Diseases , ICD 10, 2010) ، معايير للكشف عن التوحد في الطبعة العاشرة الذي صدر عام 1992 و يلاحظ الدليل في مراجعته العاشرة ليس هناك عادة فترة قبلية لنمو عادي لا لبس فيه ، ولابد قبل السنوات الثلاث الأولى من ظهور ما يلي :

أولا : قصور نوعي واضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل من خلال :-

- الندرة في التواصل الاجتماعي والانفعالي المتبادل .

- التقدير غير الملائم للإيماءات الاجتماعية الانفعالية مثل الندرة في الاستجابة لمشاعر الآخرين أو نمذجة سلوكيات مناسبة للموقف الاجتماعي .
- الاستخدام القليل للإشارات الاجتماعية و مواجهة المصاعب في الاندماج الاجتماعي .
- عدم طلب الأمان والحنان في أوقات الخطر ، وعدم تقديم ذلك للآخرين عند الحاجة إليها

ثانيا : قصور واضح في التواصل من خلال :

- ندرة المهارات اللغوية في المواقف الاجتماعية .
- عدم القدرة على الحوار أو النقاش مع الآخرين .
- انعدام المرونة في التعبير اللغوي والإبداع والتخيل في عمليات التفكير .

ثالثا : اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة وتظهر من خلال

- الاهتمام المبالغ بنشاطات محددة .
- التعلق غير العادي بأشياء غير محددة .
- سلوكيات روتينية محددة وغير مألوفة .
- حركات نمطية بالأيدي والأصابع أو حركات جسمية معقدة .
- مبالغ فيه بأجزاء الأشياء أو بخصائص غير وظيفية للأشياء مثل رائحة أو صوت الشيء
- انزعاج كبير لتفاصيل بيئية صغيرة وغير مهمة .

رابعا : يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشاكل أخرى غير محددة مثل الخوف الفوبيا اضطرابات النوم والأكل وإيذاء الذات .

التشخيص الفارقي

على الرغم من وجود محكات دقيقة لتشخيص التوحد وعلامات مميزه لهذا الاضطراب من خلال مراحل مبكرة من العمر، إلا أن ما زالت هنالك صعوبة في

الوصول، لتشخيص دقيق لاضطراب التوحد، والسبب يعود إلى التشابه بين أعراض اضطراب التوحد وإعاقات أخرى عديدة ، وللوصول إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد لأبد من إيضاح الفروق الجوهرية بين اضطراب التوحد وغيره من الإعاقات ، من هذه الإعاقات (القمش،2011)

ولعل تشخيص اضطراب التوحد يعد من أكبر المشكلات التي تواجه المهنيين ، وسبب ذلك هو أن خصائص التوحد غالبا ما تتشابه مع الاضطرابات الأخرى ، ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وتمييزهم عن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخرى . ويشير معظم الباحثين المهتمين بتشخيص اضطراب التوحد إلى قضية تشابه السلوك المرتبط باضطرابات التوحد باضطرابات أخرى ، وهذه الاضطرابات هي الإعاقة العقلية ، فصام الطفولة والإعاقة السمعية ، واضطرابات التواصل واضطرابات أخرى (الخطيب وآخرون ، 2011) .

أولا : التوحد والاضطرابات النمائية الفكرية (العقلية)

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالإعاقة العقلية ، كما تتشابه أو تختلط بعض أعراضها ولاسيما إذا كان العمر العقلي للطفل اقل من (20) شهرا و يتشابه التوحد مع التخلف العقلي في السلوكيات النمطية والقهرية ، صعوبات في الكلام والتخاطب (القمش ، 2014) .

أما الفروق بينهما فهي كثيرة ويمكن إيضاحها على النحو التالي :

1. الأطفال المعوقون عقليا يتعلقون بالآخرين ، وهم نسبيا لديهم وعي اجتماعي، ولكن لا يوجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعلق بالآخرين حتى ذوي الذكاء متوسط لديهم .
2. القدرة على المهمات غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي ، والبصري ومهارات التعامل موجودة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ولكنها غير موجودة لدى الأطفال المعوقين عقليا .
3. اللغة والقدرة على التواصل مختلفة بين المجموعتين . فكمية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال المعوقين عقليا ، ولكن لدى المعوقين

عقليا التوحيديين يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وإن وجدت فأنها تكون غير عادية .

4. نسبة وجود العيوب الجسمية في التوحد أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى الأفراد المعوقين عقليا ، وهذا يدعم ما أشار إلية كانر (Kanner,1973)من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يمكن إن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية .

ثانيا - التوحد وفصام الطفولة

إن اضطراب التوحد كمفهوم كان قد تم التعرف علية في ممارسات الطب النفسي ، وفي ذلك الوقت كان التوحد يستخدم لوصف أحد الأعراض الرئيسة للفصام وهي الانسحاب أو الوحدة ، وبناء علية فإن افتراض التشابه بين الاضطرابيين كان منطقيا لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون ذوي اضطراب طيف التوحد بالفصاميين (القمش ،2011) .

وفي ما يلي أهم الفروق :

1. الأطفال الفصاميون قادرون على استخدام الرموز ، لكن التوحديين غير قادريين على ذلك
2. لا يطور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة ، بينما الأطفال الفصاميون يمكن إن يطوروا علاقات مع الآخرين ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيئتهم (الخطيب ،2011) .
3. حالات التوحد لا تنتشر أو تكرر في العائلة الواحدة ، بينما حالات الفصام تكرر بصورة واضحة ، فالطفل الفصامي تنتشر في أسرته الإصابة بالفصام أو أحد الأمراض العقلية الأخرى.
4. التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4: 1) بينما يصيب الفصام الذكور والإناث على حد سواء .
5. اضطراب طيف التوحد يصاحبه غالبا تخلف عقلي ، بينما لا يحدث ذلك مع الفصام .

6. لا تظهر أعراض الهلوسة و الهذاء في التوحد بينما ظهورها في حالات الفصام مؤكدا (القمش ،2011).

ثالثا : التوحد ومتلازمة الكروم وسوم X الهش Fragile X Syndrome

يعود السبب في الإصابة بمتلازمة كروم وسوم X الهش أو القابل للكسر إلى خلل في التركيب الكروموسومي للخلية الذي يترتب علية الإصابة بالتخلف العقلي الناتج من وراثة الكروموسوم Xالهش , Bailley, Balton, Butler, Leocouterur, Murphy) Scotts 1993). السمات الجسمية تتمثل في كبر عظام الوجه ،أسنان ضعيفة ، مفاصل مرتفعة و أصابع يد ممتدة ، أذن كبير ومنبسطة ، حول في العين ، وجه طويل وضيق ، أقدام مفلطحة ، خلل في الناقلات العصبية ، مما يترتب عليه بطء الاستجابة للمثيرات الحسية (القمش ،2011).

السمات السلوكية :

1. حركات يدوية نمطية متكررة .
2. قصور الإدراك الحسي للمثيرات البصرية والسمعية .
3. النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعدوانية أو العصبية الموجهة للذات أو للآخرين .
4. صعوبات في التركيز والانتباه .
5. تجنب التواصل البصري .
6. 6 -إصدار أصوات غريبة وغير مفهومة (العبادي ، 2006).

وبالرغم من التشابه في الأعراض الظاهرة بين الإعاقتين ، فإنه يمكن التمييز بينهما بالفحص الكرموسومي الدقيق الذي يكشف عن وجود الكروموسوم X الهش وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالتوحد، وربما تكون الحالة مصابة بالإعاقتين معا، وهذا نادرا ما يحدث (القمش،2011).

رابعا - التوحد- اضطراب التواصل

حيث إن اضطرابات اللغة والكلام مظاهر أساسية في التوحد فإنه من المتوقع إن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية، وبسب هذا التشابه فأنة يتم الخلط أحيانا بين التوحد وهذه الاضطرابات (Siegel ,1994).

فقد وجد أن اضطراب اللغة الاستقبالية يتشابه مع اضطراب اللغة التي يظهرها الافراد ذوي اضطراب طيف التوحد . وتشير نتائج دراسات في هذا إلى أنه مع وجود تشابه بين التوحد واضطرابات اللغة الاستقبالية فإنه يمكن التمييز بينهما (الخطيب وآخرون،2011).

فالأطفال ذوو الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات و بتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام ، بينما لا يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل لفظية مصاحبة، وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن ذوي اضطراب التوحد يظهرون إعادة الكلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر (Siegel,1994).

ويفشل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال، ولكن الأطفال ذوي اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين ، وتأسيسا على ما تقدم فإن القدرة على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيس بين المجموعتين (الخطيب وآخرون ،2011)

خامسا - التوحد والإعاقة السمعية

إن بعض الأطفال المصابين بالصمم الذي قد يؤدي إلى البكم نتيجة لعوامل في أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد ، ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية .

وتتمثل جوانب التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فيما يلي .

1. الانسحاب الاجتماعي وغياب القدرة على التواصل البصري ..
2. الاندماج في حركات نمطيه .

3. عدم القدرة على التخاطب والتواصل البصري (القمش ، 2011).

أما عن جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فهي :

1. معدلات الذكاء في حالات الإصابة بإصابة سمعية أعلى من نظيراتها في حالات التوحد .
2. تتسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد فهي تعاني من عجز رئيس في هذه الجوانب .
3. تستطيع حالات الإعاقة السمعية تحقيق تواصل غير لفظي أفضل من حالات التوحد .

سهولة تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي ، يقابلها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقننة لهذا الغرض (جبر ،2007).

سادسا : التوحد - ومتلازمة اسبيرجر (Asperger Syndrome)

أشار (قزاز ،2007) أن أعراض هذه المتلازمة شبيهه بالأعراض التي تظهر في التوحد الكلاسيكي وخاصة فيما يتعلق بالبعد السلوكي والبعد الاجتماعي، إلا أنها تظهر تطورا في المجال اللغوي والمعرفي وإن تحديد هذه المتلازمة يمكن أن يتأخر حتى سن المراهقة .

أما تاسي (Tasi,2003) أشارت الى أن أهم ما يميز هذه المتلازمة عن اضطراب التوحد هو وقت ظهورها، حيث تظهر في وقت متأخر من العمر بالإضافة الى قدرات لغوية متطورة ، ورغم وجود التطور اللغوي لدى متلازمة اسبيرجر، إلا أنهم يعانون من مشكلات تتعلق بالمحادثة الكلامية الدقيقة ، وكذلك يتميزون عن اضطراب التوحد بأنهم يمتلكون قدرات معرفية وذكائيه عادية أو فوق العادية في حين أن غالبية التوحديين يعانون من إعاقة عقلية مصاحبة.

وأشارت (عويس ،2006) أن متلازمة اسبيرجر تشترك مع اضطراب التوحد في معايير اساسية وهذه المعايير: القصور في التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي والتكراري وعدم القدرة على التخيل، ولكن تظهر هذه المعايير بدرجة وشدة أقل

بالمقارنة مع اضطراب التوحد ويواجهون صعوبات في التآزر الحركي البصري والتناسق الأدائي.

سابعا: التوحد - ومتلازمة ريت (Retts Syndrome)

متلازمة ريت (Rett) هي اضطراب نمائي يؤثر في الإناث فقط ويظهر بعد فترة من النمو الطبيعي، وتظهر الأعراض ما بين الشهر السادس والشهر الثامن عشر من عمر الطفل، حيث تبدأ القدرات العقلية والاجتماعية واللغوية والحركية بالتراجع، حيث يعاني المصاب بهذه المتلازمة من قصور في التواصل البصري، وعدم القدرة على التحكم بالأقدام اثناء المشي، وحركات تكرارية ونمطية في اليدين (جبر،2007).

وتظهر لدى هذه المتلازمة نوبات صرعية بنسبة (80٪) من الحالات، وتظهر لديهم مشكلات في التنفس وقدرات عقلية متدنية بدرجة شديدة ومشكلات جسمية مثل : النقص في محيط الراس، وأشار عدد من الباحثين إلى وجود علاقة بين ظهور أعراض هذه المتلازمة وجين يسمى (MeCPs) المحمول على الكروموسوم (Xq28) بنسبة 30٪ من الحالات المدروسة وتتميز حالات ريت (Rett) عن حالات التوحد في عدة خصائص وهي : ظهور المشكلات الحركية الكبيرة كالمشي والتنقل، وتناقص محيط الراس، وشذوذ في حركات اليدين.(قزاز، 2007).

ثامنا- اضطراب التفكك الطفولي : Childhood Disintegrative Disorder,CDD

أشار (زريقات،2010) أن هذا الاضطراب يعود إلى بداية القرن الماضي، عام 1908،حيث لاحظت ثيودور هيلر Theodor Heller نتائج مراقبة (6) أطفال تعرضوا إلى تدهور شديد بعد مراحل نمو طبيعية، وفي وقت متأخر مما كان مع متلازمة ريت (Retts) وكان له أسماء متعددة مثل: متلازمة هيلر و الذهان التفككي و انحلال أو تفكك الطفولة وهو نادر الحدوث وتشير التوقعات بأن نسب انتشاره (10000/1) ولادة تقريبا ويحدث عند الذكور أكثر من الاناث.

وأضاف تيدمارش - فولكمار (Tidmarsh –Volkmar,2003) أن المصابين بهذا الاضطراب يمرون بفترة نمو طبيعي تمتد من سنتين الى أربع سنوات على الاقل في مجال المهارات التواصلية والعلاقات الاجتماعية واللغوية والحركية والتكيفية ، ثم يبدأ

التدهور الشديد في الجوانب اللغوية والاستقبالية، والتعبيرية والاجتماعية والتكيفية والعقلية وكذلك المهارات المكتسبة المتعلقة باللعب وبعض المهارات الحركية، وكما يعاني المصاب بعدم القدرة على التحكم بعمليات الإخراج وأهم ما يميزه عن اضطراب التوحد هو التدهور في المجالات النمائية، وتدني القدرات العقلية بشكل شديد ومشكلات صحية مصاحبة، ويتميز عن متلازمة ريت (Retts) في فترة النمو الطبيعي الطويلة نسبيا .

فريق برامج التدخل المبكر

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها أخصائيون نذكر منهم:

- **اختصاصي النسائية والتوليد**:أن اختصاصي النسائية والتوليد يلعب دورا وقائيا، فمن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة و متابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل و الإرشاد الجنيني وغير ذلك.
- **اختصاصي طب الأطفال**: إن الدور الذي يلعبه اختصاصي طب الأطفال هو التعرف على الأطفال الأكثر عرضة للخطر و في الوقاية من الإعاقة.
- **الممرضات**: تستطيع الممرضة إن تقوم بالعديد من الأدوار في المدرسة و مراكز التدخل المبكر و تقديم المساعدة للأطفال و أسرهم و مربيهم.
- **طبيب العيون**: يقوم اختصاصي طبيب العيون بتشخيص و معالجة أمراض العيون و بتشخيص الضعف البصري و وصف العدسات التصحيحية اللازمة.
- **اختصاصي القياس السمعي**: يستطيع اختصاصيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك.
- **اختصاصي علم النفس**: يعمل على تقييم النمو المعرفي و المهارات الاجتماعية الانفعالية من جهة و المشاركة في تصميم و تنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل ذي الاحتياجات الخاصة من جهة أخرى.
- **الاختصاصي الاجتماعي**: يقوم بمساعدة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة و أسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة و في تقييم و تحليل الظروف الأسرية

و الاقتصـادية و تحديـد الأطفـال المعرضـين للخطـر و المشـاركة في تقيـيم فاعليـة الخدمات المقدمة.

- **اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة**: يمكن إن يطور البرامج التربويـة و العلاجيـة للوقاية من الاعاقة والكشـف المبكـر عنهـا ومعالجتهـا ذلـك إن اللغـة تلعـب دورا حاسما في النمو الكلي لجميع الأطفال.
- **اختصاصي العلاج الطبيعي**: يسهم هذا الاختصاصـي في معالجـة وتأهيـل الأطفـال ذوي الإعاقات الجسمية بوجه خاص والأطفـال ذوي الاحتياجـات الخاصـة بوجـه عام ، ويهتم بتقويم التشوهات ومنع التدهور في العضلات وأوضاع الجسـم وتنميـة المهارات الحركية الكبيرة .
- **اختصاصي العلاج الوظيفي** : يركز على تطوير المهارات الحركية الدقيقـة للأطفـال ويدربهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة .
- . **المعلمات والمعلمون** : هم أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية لدى الطفل.
- . **معلمات ومعلمو التربية الخاصة** : يقوم بتصميم وتنفيـذ خـدمات التـدخل المبكـر سواء بالمراكز أو البيوت ، وبدور منسقي أعمال الفريق وتقع عليهم مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة
- **أولياء الأمور** : المشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات .

manar-se.net/play-12245.html

الفصل الرابع

التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد

- نبذة عن الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض النفسية
- أهم ملامح الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس
- اضطرابات طيف التوحد والطبعة الخامسة
- التشخيص متعدد المستويات
- المحكات التشخيصية
- محكات التحديد
- محكات تحديد مستوى الشدة
- تحديات عملية التشخيص

مقدمـة

في عام 1969 ، تقدم "دافيد روزينهان" إلى مصلحة الاستقبال في مستشفى للأمراض العقلية بولاية"بنسلفانيا" . كان يشتكي من سماع كلمات وأصوات غريبة تتردد في رأسه: " فارغ " "صوت أصم" و "أجوف". فتم إدخاله على وجه السرعة للاستشفاء على أنه مصاب بالفصام الشخصي ، على الرغم من كونه لم يظهر إلا هذا العرض الوحيد.لم يكن "دافيد روزينهان" هذا إلا أستاذ علم النفس بمعهد "سوارتمور" ، والذي واصل اللعبة مع المستشفيات الطبنفسية ، فتم قبول سبعة من طلبته و أصدقاءه في أحد المستشفيات على اعتبار أنهم يسمعون أيضا أصوات غريبة.وكانت شكواهم الوحيدة. فكان تشخيص الأطباء النفسيين الفصام الشخصي أو الاضطراب الثنائي القطب.ووصفت لهم الأدوية المضادة للذهان .بالطبع لم يأخذ هؤلاء الأشخاص الدواء ، ولم يكونوا يسمعون الأصوات ، ولم يتحقق أحد أنهم كانوا أصحاء ، وذلك ومنذ البداية- لم تكن الأصوات إلا حيلة .(الدكتور روزينهان. المتوفى في فبراير- -2012).

على إثر حادث المرضى الوهميين هذا ، كُتب المقال الشهير في مجلة العلوم العام 1973 :SCIENCE" شخص سليم في أماكن ليست كذلك ".الخلاصة أن الأطباء النفسانيين لم يكونوا يستندون على وسائل موثوقة لتشخيص المرض العقلي .

أدت تجربة الدكتور "روزينهان" إلى تحويل جذري للدليل المرجعي للأطباء النفسيين،الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية (DSM) الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) تمت مراجعة وإتمام الدليل،سمي بالدليل الثالث (DSMIII) وصدر عام 1980 ، وكان يربط كل مرض بلائحة من الأعراض، التي يتوجب وجود الكثير منها ليكون التشخيص سليما.في الطبعات السابقة، كانت الأوصاف تترك المجال للكثير من التأويل الشخصي، هذا الدليل يمثل دائما المرجع في الطب النفسي.

http://www.hayatnafs.com/specialtopics/dsm5-the-big-changes.htm

تعريف بالدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض النفسية

نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الخامس من (DSM) في شهر مايو من العام 2013. ففي حين كان الدليل الثالث (DSMIII) كان مشابها للدليل الرابع (DSMIV) . على العكس من ذلك، يمثل الدليل الخامس التغيير الهام الأول منذ 30 سنة (تخلت الجمعية في هذه الطبعة عن الأرقام الرومانية. وعملت على فرض تشخيصات أكثر دقة ولتتبع تطور المرض، وادخل الدليل توصيات تتعلق بخطورة ا.لأعراض. وحذف محررو الدليل نهائيا بعض الأعراض ،مثل متلازمة اسبرجر، وأضاف أعراضا جديدة ، منها ،فرط الأكل ألشرهي وإدمان الألعاب (شقيب ،2013).

ومن الواضح أن الجهود الكبيرة العلمية التي ارتبطت بإنتاج هذا الدليل تفرض تأثيرها الدعائي والمعنوي والعملي على ممارسة الطب النفسي والعلاج النفسي في مختلف بقاع الأرض ..وبالتأكيد هناك فوائد عديدة لهذا التصنيف من النواحي النظرية والعلمية والبحثية ..ولكن لا بد من التأكيد على نسبية المعلومات المقدمة في هذا التصنيف وعلى أهمية الاطلاع على وجهات نظر نقدية متنوعة له.. ولا يمكن استيراد هذا التصنيف حرفياً وبشكل جامد في ثقافات وبيئات مختلفة .. أو دون تمحيص وبحث ونقد ومزيد من الدراسات.. وتبقى قضايا الممارسة النفسية في العالم الثالث والاختلافات المتنوعة في نوعية الأعراض وتطورها موضوعاً أساسياً لابد من دراسته بشكل علمي مما يمكن أن يضيف إلى معلوماتنا الحالية عن الاضطرابات النفسية. د. حسان المالح http://www.hayatnafs.com/specialtopics/dsm5-the-big-changes.htm

ويبقى الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية محاولة طموحة للإحاطة بعلم في تطور دائم ، وغامض في غالب الأحيان. وحول الطريقة الأفضل لمراجعة مرجع الأمراض الطبنفسية هذا ، اقُترحت عشرات التوصيات.ففي أبريل 2006 ، أوكلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي مهمة تحليل الأدبيات العلمية واقتراح مراجعات الإصدار السابق إلى الأخصائي النفسي السريري "دافيد كبفير" و الطبيب النفسي "داريل ربجير" وهما بالتوالي رئيس و نائب رئيس فريق علمي مكون من 27 عالما . وقد سجل هؤلاء الباحثون نقائص كبرى كثيرة في الدليل الرابع. أولاها، إن الكثير من الأعراض

كانت متشابهة إلى درجة أن العديد من المرضى يخرجون من الكشف الطبي النفسي بتشخيصات عدة بدل تشخيص واحد. واحتمال ضئيل أن يشتكي العديد من المرضى من أعراض عديدة متزامنة.في رأي ستيف هيمان" ، عضو مجموعة العمل هذه ، العملية الإدراكية نفسها ، مثل طريقة تفكير غير متكيف أو نمو دماغي خاص، قد تتجلى على شكل أعراض مشتركة لأمراض عديدة.ومن أجل متكيف أو نمو دماغي خاص، قد تتجلى على شكل أعراض مشتركة لأمراض عديدة.ومن أجل تجنب هذه العقبة ، قام مسئولو المؤّلف الجديد بدمج بعض الأعراض المتقاربة جدا في أصناف أكثر اتساعا ، مثل طيف الاضطرابات التوحدية .

كما أن المرضى وطبيبهم النفسي يواجهون في أحيان كثيرة الصعوبة المعاكسة: قد تكون أعراض المريض أقل عددا أو أكثر اعتدالا من تلك التي يصنفها الدليل، أو لا تطابق بتاتا أي من الأمراض المصنفة. في هذه الحالات ، يتحدث الأطباء النفسيون عن" اضطراب غير محدد " لكثير من مرضاهم. والاضطراب الغذائي الأكثر تشخيصا هو" الاضطراب الغذائي غير المحدد" ، أو أيضا ، في مجال التوحد : ما هو الاضطراب السائد في الطيف التوحدي ؟ حسب أغلب التقديرات، إنه " الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد " والاضطراب الثالث للشخصية الأكثر شيوعا هو" اضطراب الشخصية غير المحدد ".وإذا كان مهنيو الصحة يرجعون إلى تشخيصات واسعة جدا ، ففي الدليل الحالي الآن ثغرات هامة ، لكن في نفس الوقت ، مداخل مهمة عديدة. وهكذا، يشجع الأطباء النفسيين على استقصاء معلومات أكثر تفصيلا حول أعراض الدليل الخامس(DSM5) المرضى. نظريا مع اعتبار عدد أكبر من المعطيات وتوصيفات أكثر احتمالا في الدليل ، من المفترض أن يعطي الأطباء تشخيصات أكثر موثوقية.

http://shifaportal.com/index.php/-mental-health

أهم ملامح الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس

مستويات متدرجة من الشدة للاضطرابات

من أجل تحسين عملية التشخيص، يدعو الدليل الخامس الأطباء إلى التقييم الدقيق لخطورة أعراض مرضاهم. مثلا ، يجب أن يتضمن تقرير عن اكتئاب خطير تقييما

دقيقا لكل عرض – مثلا الأرق أو الأفكار الانتحارية .أو أيضا قدرة طفل مشكوك في إصابته باضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه يجب أن يقاس على سلم يبتدئ من ضعيف إلى ممتاز. ويرمز هذا التغيير إلى رفض المفهوم التبسيطي الذي تُعرف وفقه الأمراض النفسية على أنها حالات خفية متميزة تماما عن الحالات التفسية السليمة . على العكس ، تعكس النسخة الجديدة الفكرة التي مفادها أن الكل يوضع على قائمة متصلة من سلوك نوعي إلى سلوكيات تطابق درجات مختلفة من الاختلال. وتحدد الدرجة على هذا السلم ما إذا كان يجب علاج المرض أم لا. ويمكن هذا الإجراء من مساعدة الأطباء النفسيين على تقييم صعوبات الانتباه لدى المريض، صعوبات تبدو تقريبا منهجية لدى الطفل الصغير.

إن مقارنة فرد مع آخرين قد تساعد على كشف حالات تتطلب المساعدة. بالطبع، إن الأطباء النفسيين خلال ممارستهم اليومية،يستعملون سلالم عديدة و استقصاءات مختلفة . الدليل الخامس يعمل على تقنين هذه السلالم بحيث يستخدمها الأطباء جميعا لتقييم اضطراب معين،وبالتالي تزيد احتمالية الوصول إلى نتائج مشابهة حول مرضى آخرين للمقارنة.

وبهذا قد تمّكن هذه التقييمات من توحيد أفضل للعلاجات، فتغير أسلوب الحياة مثلا له فرصة اقوى ليكون مفعوله أكثر من أدوية مضادة للاكتئاب ، حيث تشير دراسات حديثة أنها أكثر فعالية لدى أشخاص يعانون الاكتئاب الحاد . ويمكن للأطباء النفسيين والمرضى أيضا التتبع الجيد لتطور المرض.فالانتقال من " خطير " إلى " معتدل " على سلم الاكتئاب قد يحسن في حد ذاته مزاج المريض ، محفزا إياه على مواصلة التغييرات التي سمحت له بالتقدم.

نحو تقييم كمي أكثر

في نظر بعض الأطباء، عملية القياس الكمي للأمراض قد تكون لها آثار سلبية.وهكذا ،فإن تجميع اضطرابات كثيرة مختلفة في البداية تحت خانة التوحد ، مثلا، يثير تخوفهم من أنه قد لا يتم تشخيص الأشخاص التوحديين ذوي الأعراض الخفيفة أو

العناية بهم. وأثيرت مسائل أخرى مثل:هل هذه السلالم قادرة على التأثير على سياستهم التسعيرية ؟

وتفرض الإجراءات الجديدة أن يخضع المريض المفترض لتقييمات واستقصاءات أكبر عددا عما ذي قبل، مؤدية إلى زيادة وقت الممارسين لوضع التشخيص .وينشغل بعض الأطباء النفسانيين من كون هذا العمل الإضافي قد يحبط بعضا من زملائهم من الاستخدام السليم للدليل. – وبعضهم اقترح صراحة التخلي الواضح و الصريح عن تقييم الخطورة. وبشكل أكثر عموما ، أبدى الأطباء النفسيون شكوكا حول إضافة بعض الاضطرابات حيث لا تبدو طبيعتها المرضية مثبتة (M.Matilla,2014).

تصنيف الأمراض استنادا للمعيار الزمني

تغيير هام آخر في الدليل يتمثل في طريقة تجميع الاضطرابات . كان الدليل الرابع منتظما حول ثلاثة أصناف من الأمراض. كانت المجموعة الأولى تضم مجموع الاضطرابات السريرية الرئيسية ، كالاكتئاب ، الاضطراب الثنائي القطب و الفصام الشخصي،والثانية ،اضطرابات الشخصية والنمو والثالثة الاضطرابات العضوية المرتبطة بالمرض النفسي (أمراض السكري أومرض الغدة الدرقية مثلا قد تفاقم الاكتئاب) الدليل الخامس لا يعود إلى هذه التقسيمات العشوائية نسبيا .بل يتبنى بدل ذلك تصنيفا متدرجا زمنيا للأمراض ، مبتدئا بالأمراض التي يشخصها الأطباء النفسيون نمطيا خلال الطفولة المبكرة أو الطفولة – كاضطرابات النمو العصبي – ومعالجا تلك التي نجدها كثيرا لدى الراشد ، كالاضطرابات الجنسية. وهكذا ، من أجل تقييم طفل يبلغ من العمر ثلاث إلى خمس سنوات ، قد يأخذ الطبيب النفسي في الحسبان بداية الدليل الخامس أو الفصل المخصص بإسهاب للاضطرابات لدى الطفل .

الاستفادة من التطورات في علم البيولوجيا

أخيرا ، سعى الباحثون إلى أن تطوير الدليل مستندين إلى الاكتشافات المنجزة في مجال البيولوجيا العصبية، آملين يوما ما إيجاد " معلمات بيولوجية " للمرض النفسي – جينات ، بروتينات أو إعدادات للنشاط الدماغي كفيلة بتمثيل توقيعات خاصة

بالاضطرابات النفسية . ومن شأن اختبارات مختبريه مبينة على هذه المحددات أن تجعل تشخيص الأمراض النفسية سهلا ، وسريعا ودقيقا .

لقد كان الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض النفسية دائما دليلا ميدانيا أوليا لأن الكيمياء المصاحبة للأعراض النفسية تبقى غير مفهومة بشكل جيد . وإذا كانت التوصيفات منذ العام 1950 قد تحسنت ،فلا أحد يدعي أن الدليل لتشخيصي دليل كامل للمرض النفسي ، لكن كل إصدار يأتي بمعلومات أكثر دقة و أكثر موثوقية ، وبهذا ، يتم تحسين فهم الناس لأنفسهم

www.arabpsynet.com/Documents/DocChaqibRedefMentIllness

اضطرابات طيف التوحد والطبعة الخامسة (DSM V, 2013)

لعل للتطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهري في هذه الفئة . ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفا سلوكيا (كغيرها من باقي الفئات) وإنما قد أصبحت اضطرابا معرفا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MeCP2)، لذا فان الطبعة الخامسة قد استثنت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد .

ولعل اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات تشخصيها دقيقا يهدف إلى إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها . وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم ألان مسمى جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد(AD)، ومتلازمة اسبرجر، واضطراب التفكك الطفولي (PDD NOS) ، والاضطراب النمائي الشامل (غير المحدد ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الإعراض. كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية والتي تتضمن الفئات

التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد : الاضطرابات العقلية، واضطرابات التوصل ، وضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وصعوبات التعلم المحددة ، والاضطرابات الحركية أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقا للمعايير الجديدة :

1. استخدام تسمية تشخيصية موحدة تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو " اضطراب طيف التوحد حيث يتضمن هذا المسمى كلا من " اضطراب التوحد ، ومتلازمة أسبرجر ، والاضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من حيث تم تجمعيها في فئة واحدة دون الفصل بينها . كما وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد . ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الإعراض السلوكية ، ومستوى اللغة ودرجة الذكاء لدى أفرادها . لذا ، فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها . كما وان اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها . كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية .
2. التشخيص استنادا على معيارين اثنين بدلا من ثلاثة معايير : تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين أثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة . حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقا لمعياري القصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي ، والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات و الأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية . ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الربعة المعدلة ، في إن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو القصور النوعي في التواصل .
3. عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه 7 إعراض سلوكية موزعه كما يلي : 3 إعراض في المعيار الأول و4 أعراض في

المعيار الثاني . وعلى العكس من ذلك ، فقد استخدمت المعايير القديمة 12 عرضا سلوكيا موزعة على شكل 4 أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي .

4. تحديد مستوى شدة الإعراض : تشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة لأعراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيل الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات تشخيصي (الجدول رقم 2) . وعلى العكس من ذلك ، فلم توظف المعاير القديمة مثل هذا الإجراء في تحديد مستوى الشدة . ولعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبر جر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة والتي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة .
5. المدى العمري : تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة (والممتد حتى عمر 8 سنوات) بدلا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة وهو عمر 3 سنوات .
6. الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية : تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الإعراض السلوكية إن وجدت لدى طفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه ، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الإعراض الأساسية وإنما جرت العادة في الميدان إن يكون من الإعراض المساندة .
7. الاضطرابات المصاحبة اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه .
8. اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي : أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم التواصل الاجتماعي و التي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الإعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضطراب طيف التوحد ولا تتواجد

لديه الإعراض السلوكية في البعد (المعيار) الثاني . وبذلك ، فإن انطباق الإعراض في كلا البعدين يسبب التشخيص باضطراب طيف التوحد ، في حين أن انطباق الإعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي (حيث من المتوقع إن الأطفال المشخصين بالاضطرابات الإنمائية الشاملة غير المحددة يكمن إن يشخصوا ضمن هذه الفئة .

9. عدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد : حيث إن التغييرات التي طرأت على المفهوم البنائي للفئة قد قدمت مفهوم متصلة التوحد بين استثنائها لفئتي متلازمة ريت واضطراب التفكك الطفولي ودمجها لفئات اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف التوحد . لذا ، فان المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديما تشاركه بنفس المعايير التشخيصية ، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقا لمستوى شدة الإعراض .

كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد وليس تفريقها عنه . فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية المصاحبة لا عاقات أخرى ويتوجب على المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبتها للتوحد .

10. التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها . يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديدا نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة . ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط (الجابري،2014).

الجدول رقم (3)

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة والمعايير التشخيصية الجديدة

معيار المقارنة	DSM IV-TR(2000)	DSM(2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة	اضطراب طيف التوحد
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي : التوحد ،اسبرجر، ريت ، الاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة ، اضطراب التفكك الطفولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب التوحد ، اسبرجر ، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة
محكات التشخيص	ثلاث محكات : التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، السلوكيات النمطية	محكين : التفاعل والتواصل الاجتماعي ، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة : الإعاقة العقلية – اضطرابات اللغة ، الحالات الطبية والجينية ، اضطرابات السلوك ، الكتاتونيا
المدى العمري لظهور الأعراض	3 سنوات	الطفولة المبكرة (8 سنوات)

التشخيص متعدد المستويات :

تعتبر عملية التشخيص التوحد أمرا ضروريا وصعبا في ذات الوقت حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة. تهدف هذه العملية إلى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص وذلك بانطباق المعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة . يعرف القياس (Assessment) بأنه " تلك العملية التي تهدف إلى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات

مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العملية" . ويقوم على تطبيق عملية القياس والتشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة . وبالتحديد ، فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي (DSM V) قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية تشخيص تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفقا للمستويات الثلاثة التالية :

المستوى الأول : المحكات التشخيصية :

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين (بدلا من ثلاثة ابعاد) أسياسيين هما : (1) بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي و (2) بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة (الجدول رقم 2) . حيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض التشخيصية الثلاثة ضمن بعد التواصل الاجتماعي انطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات النمطية ، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد هو خمسة أعراض من أصل سبعة متضمنة في المعايير التشخيصية ويوضحها الجدول رقم (3) .

كما إن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمريا محددا لظهور الأعراض التشخيصية ، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة (عمر 8 سنوات) . كما وان هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقا ومن ثم اختفت لاحقا ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حاليا ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد . وبالإضافة لما سبق ، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل . كما إنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا إنها تشترط إن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها . (أي وجودهما معا ضمن الفرد)

وتتمثل هذه المحكات والتي توضح طبيعة الإعراض ونوع المشكلات وشروط التضمين والاستثناء في ما يلي :

المحك الأول : عجز نوعي دائم في كل من التواصل والتفاعل الاجتماعيين ويظهر من خلال عدد من البيئات والمواقف التي يتفاعل فيها الطفل. سواء كان ذلك القصور معبر عنة حاليا ام اشير إلية في التاريخ النمائي للفرد. (بعض الأمثلة التوضيحية وليست الحصرية).

1. عجز في التفاعل الاجتماعي – الانفعالي المتبادل، ويتراوح ذلك على سبيل المثال من النهج الاجتماعي غير العادي و الفشل في إجراء حوار عادي مع الآخرين، إلى البرود العاطفي وعدم الاهتمام بالمشاعر أو الفشل بمشاركة الآخرين الاهتمامات ، إلى الفشل في المبادرة للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية .
2. عجز أو قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية أثناء التفاعلات الاجتماعية ، ويمتد ذلك على سبيل المثال من الفقر في توظيف السلوكيات التواصل اللفظية وغير اللفظية في التفاعل الاجتماعي ، إلى مشكلات في التواصل البصري وتوظيف لغة الجسد أو القصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي ، إلى الانعدام الكلي في فهم تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .
3. عجز في بناء العلاقات الاجتماعية أو المحافظة على ديمومتها وفهم معنى هذه العلاقات ، ويتدرج ذلك على سبيل المثال ، من صعوبات في تكيف أنماط السلوك لتناسب المواقف الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في القدرة على اللعب الخيالي أو إقامة الصداقات، إلى غياب الاهتمام بالأقران .

يجب تحديد مستوى شدة الاعتلال أو العجز استنادا لمستويات القصور في التفاعل الاجتماعي

المحك الثاني :- انماط من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحدودة والمتكررة، والتي يعبر عنها على الأقل في اثنتين من المجالات التالية سواء كانت هذه

السلوكيات واضحة للعيان حاليا أو اشير إليها في التاريخ التطوري للفرد (بعض الأمثلة التوضيحية وليست الحصرية).

- سلوك نمطي أو متكرر للحركات الجسدية ،أو لاستخدام الأشياء و الكلام، (ومن الامثلة على ذلك: حركات نمطية بسيطة كالرفرفة باليدين، رص الألعاب في صفوف أو تدوير الأشياء، تكرار الكلمات والجمل ذات المعاني الخاصة).
- الإصرار على الرتابة (التشابه) الالتزام القوي غير المرن بالروتين أو بالأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية،(ومن الأمثلة على ذلك الانزعاج الشديد للتغيرات البسيطة ،صعوبات في الانتقال من مكان لآخر، أنماط تفكير صلبة ، السير في ذات الطريق أو أكل ذات الطعام كل يوم).
- التعلق غير الطبيعي أو التركيز المبالغ فيه على بعض الأشياء غير العادية، (على سبيل المثال الاحتفاظ والتمسك بأشياء غير اعتيادية أو لا معنى لها كغطاء الزجاجة أو رباط الحذاء).
- فرط أو انخفاض في استجابة المدخلات الحسية أو استجابات غير عادية لجوانب او مظاهر البيئة الحسية ، (على سبيل المثال، عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجات الحرارة ، أو استجابات متناقضة لأصوات محددة ،الإفراط في لمس أو شم الأشياء ، الافتنان البصري بالأضواء أو الحركات).
- يرجى تحديد مستوى الشدة لمستوى القصور في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوكيات التكرارية

المحك الثالث : - يجب أن تظهر هذه الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (ولكن قد لا تظهر هذه الأعراض بشكل واضح ومكتمل حتى تتجاوز الحاجات الاجتماعية للطفل قدراته المحددة ، أو قد تختفي هذه الأعراض في وقت لاحق من حياة الطفل بسبب الاستراتيجيات التي يكتسبها الطفل من استراتيجيات التعليم و التدريب .

المحك الرابع : - أن تؤدي هذه الأعراض إلى اعتلالا (عجزا) ذو دلالة سريريه واضحة في الأداء الحالي للطفل في جوانب التفاعل الاجتماعي أو المهني أو أي مجالات أخرى هامة.

المحك الخامس : - ان لا تكون هذه الأعراض ناشئة عن الإعاقة الذهنية (الاضطراب النمائي الذهني) أو التأخر النمائي العام . إن الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) واضطراب طيف التوحد كثيرا ما تتصاحب مع بعضها البعض وحتى يشخص الفرد باضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية لا بد أن يكون مستوى أداء الطفل في جانب التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع مقارنة بالمستوى النمائي للطفل (المقابلة، 2014) .

ولا بد هنا من التوضيح إن المعايير التشخيصية توضح انطباق الأعراض السلوكية في البعد الأول فقط دون انطباقها في البعد الثاني يجعل الطفل قيد عملية التشخيص مؤهلا لان يتم تشخيصه بفئة جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي (الجدول رقم 4)

الجدول رقم (4):

المحكات التشخيصية الخاصة بفئة اضطراب التواصل الاجتماعي كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي

أ. صعوبات دائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي والذي يعبر عنه بانطباق كل مما يلي :
1. العجز (القصور) في استخدام التواصل بغية تحقيق أهداف اجتماعية ، مثل تحية الآخرين ومشاركتهم المعلومات وبصورة تتناسب مع السياق الاجتماعي .   2. الاعتلال في القدرة على تغيير التواصل ليلاءم محتوى السياق الاجتماعي أو احتياجات المستمع ، مثل التحدث بصورة مختلفة في الغرفة الصفية مقارنة بساحة الألعاب ، التحدث بصورة مختلفة لطفل مقارنه بشخص بالغ ، وتجنب الاستخدام الزائد عن اللزوم للغة الرسمية .   3. صعوبة إتباع القواعد الخاصة بالمحادثات (الحوارات) وإلقاء القصص ، مثل تبادل الأدوار أثناء الحديث ، وإعادة صياغة الكلام بطرق مختلفة عند عدم فهم الطرف الأخر لما يتم قوله ، ومعرفة كيفية الإشارات اللفظية وغير اللفظية بهدف تنظيم التفاعل الاجتماعي .

4. صعوبات في فهم المعاني الضمنية (غير المعلنة) لما يتم قوله او فهم المعاني غير الحرفية او الغامضة لمعاني اللغة (مثل الأمثال ، والنكات ، والاستعارات) .
ب. ضرورة أن تؤدي هذا الاعتلال إلى محددات وظيفة في القدرة على التواصل الفعال ، والمشاركة الاجتماعية ، والعلاقات الاجتماعية ، والتحصيل الأكاديمي ، أو الأداء الوظيفي ، سواء كان ذلك منفردا أو مجتمعا .
ج. وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي مستوى القدرات ، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة) .
د. إن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها كنتيجة لاضطراب طبية أو عصبية أخرى أو في انخفاض القدرة في بناء الكلمات أو قواعدها ، كما أن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها أيضا نسبة إلى اضطراب طيف التوحد أو الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) ، أو التأخر النمائي ، أو أية اضطرابات عقلية أخرى .

المستوى الثاني : محكات التحديد :

وتهدف إلى تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة لاضطراب طيف التوحد من عدم وجودها ، بشرط أن لا تكون هذه الاضطرابات المصاحبة هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص الاضطراب طيف التوحد . ولا بد من دراية الأخصائي النفسي أو من يتولى عملية التشخيص هنا بالأعراض السلوكية الوردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد وتتمثل هذه المحكات في ما يلي :

الجدول رقم (5):

محكات التحديد الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

للمشخصين حدد: 1. وجود أو عدم وجود إعتلالات (اضطرابات) عقلية مرافقة لاضطراب طيف التوحد . 2. وجود أو عدم وجود إعتلالات (اضطرابات) لغوية مرافقة لاضطراب طيف التوحد . 3. الترابط مع حالة طبية أو جينية أو عوامل بيئة معروفة (يرجى ترميز أو تحديد 4. الحالات الطبية أو الجينية المترابطة). 5. مصاحبة الاضطراب لأية اضطرابات عصبية – نمائية ، أو عقلية أو سلوكية (يرجى تحديد أو ترميز تلك الاضطرابات . 6. مصاحبة الاضطرابات للكتاتونيا (يرجى الرجوع الى المحكات التشخيصية للكتاتونيا عند مصاحبتها للاضطرابات العقلية .

المستوى الثالث : محكات تحديد مستوى الشدة :

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيص بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد وفقا لمستوى الشدة إلى ثلاثة مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيا بانخفاض مستوى شدة الأعراض الجدول رقم (6) .

الجدول رقم (6)

محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

مستوى الشدة	محك التواصل الاجتماعي	محك السلوكيات النمطية والتكرارية و الاهتمامات الضيقة
المستوى رقم (3): "يتطلب توفير دعم جوهري كبير"	قصور (عجز) شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية التي تسبب اعتلالا (قصورا) شديدا في الأداء الوظيفي. قدرة محدودة على إنشاء التفاعل الاجتماعي ، وحدود دنيا في القدرة على الاستجابة لمبادرات الآخرين الاجتماعية . ومثال ذلك : فرد لديه عدد قليل من الكلمات التي يمكن استخدمها في الحديث ولكنه نادرا ما يبدأ بالتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين ، وفي حالة مبادرته في التفاعل والتواصل الاجتماعي ، فإن تفاعله يكون موجها وبصورة غير عادية لتحقيق حاجاته فقط ، كما انه يستجيب للتفاعلات الاجتماعية المباشرة فقط .	عدم مرونة السلوك ، وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو سلوكيات تكرارية / محدودة تؤثر وبشكل واضح في أداء الفرد الوظيفي وعلى كافة الأصعدة . صعوبة بالغة في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته) .
المستوى رقم (2): "يتطلب توفير دعم جوهري"	قصور (عجز) واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية أو غير اللفظية . إعلال (قصور) ظاهر في التفاعل الاجتماعي حتى بوجود الدعم و المساعدة في الموقف الاجتماعي . قدرة محدودة في إنشاء التفاعل الاجتماعي ، تناقص او استجابات غير عادية و للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين .	عدم مرونة السلوك ، وصعوبة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو سلوكيات تكرارية / محددة تبدو كثيرة بصورة كافية لان تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها

	ومثال ذلك : فرد لديه عدد قليل من الجمل يمكن إن يستخدمها في حديثه . كما أن تفاعله الاجتماعي محدود مقتصر على مواضيع تمثل اهتمامات خاصة به ، ويبدو تواصله غير اللفظي شاذا (غريبا) بشكل ملحوظ	تؤثر في أداء الفرد الوظيفي في المواقف (السياقات الاجتماعية) المختلفة . صعوبة في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته)
المستوى رقم (1) : 'يتطلب توفير الدعم'	تصور (عجز) واضح في التفاعل الاجتماعي والذي ينتج عنه اعتلال واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي في ظل غياب الدعم المناسب في الموقف الاجتماعي . صعوبة في القدرة على إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ووجود أمثلة واضحة على استجاباته غير العادية أو الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين . قد يبدو أن لديه تناقضا في رغبته أو اهتمامه في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين . ومثال ذلك : فرد لديه القدرة على الحديث باستخدام جمل واضحة وكاملة ولديه القدرة على الانخراط (الاندماج) في التواصل مع الآخرين ولكنه يبدي فشلا في ذلك ، كما وأن قدرته على تكوين الصداقات مع الرفاق تبدو شاذة (غير عادية) و غير ناجحة تماما.	عدم المرونة في السلوك والتي ينتج عنها تأثير واضح ذو دلالة في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية). صعوبة في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة . مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط الأمر الذي من شأنه إعاقة (كبح) القدرة على الاستقلالية .

وعليه فإن جمعية أطباء النفس العيادين الأمريكية وهي الجهة المسئولة عن إصدار الدليل التشخيصي قد أعدت مقياس لتحديد مستوى تأثر شدة الأعراض على أداء الطفل اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه (الملحق رقم 1) والذي يجب على الفاحصين تعبئته مباشره أثناء جلسة التشخيص . كما إن هذا المقياس يمكن استخدامه

لاحقا لتحديد مدى التقدم الحاصل لدى الطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية .

تحديات عملية التشخيص :

تتضمن عملية التقييم والتشخيص الشاملة للتوحد عددا كبيرا من التحديات التي تصعب من عملية التقييم وتترك أثرا بالغا في دقة النتائج المستخلصة منه . تتعدد الأسباب والمصادر التي يمكن أن تنتسب إليها هذه التحديات ، إلا أنها في جوهرها ترتبط ارتباطا وثيقا بالبنية الغامضة و الفريدة لاضطراب التوحد والتي تجعل من فئة الأطفال المصابين به فئة غير متجانسة . وعادة ما تتمحور تحديات التقييم والتشخيص حول ثلاثة محاور أساسية هي :

1. محور الفئة غير المتجانسة (تعددية الأعراض اختلاف مدى شدتها الفروق الفردية بين المفحوصين ، مقدار القدرة العقلية ، تعاون المفحوص ، العمر الزمني للمفحوص ، التاريخ التربوي والتدريبي له).
2. محور الفاحص (خبرته ونوع تأهيله وذاتيته أو موضوعيته وألفته مع المفحوص) وبيئة الفحص (سواء كانت مألوفة كالمنزل أو غير مألوفة كعيادة متخصصة ، الخصائص الفيزيائية لمكان الفحص ، ووجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه) .
3. محور الأدوات ومدى تناسبها مع الأهداف (نوع الأدوات ومدى وضوح آلية تطبيقها و تفسير نتائجها ، مدى ألفة الفاحص بها ومستوى التدريب والتأهيل الذي تتطلبه ، الوقت الذي تستغرقه وكيفية الإجابة عليها) .

وبشكل عام فقد أشار كل من ماركوس وفلاجلر و روبنسن أن على الفاحصين المهتمين بتشخيص الأطفال ذوي الاضطراب التوحد مراعاة ما يلي :

1. المرونة عند تنفيذ الإجراءات تطبيق الأدوات المراد استخدمها وذلك من خلال التناوب في طرح الفقرات المراد الإجابة عليها من قبل الطفل (مثل التناوب بين تطبيق الفقرات اللفظية وغير اللفظية) ، تعديل تعليمات تطبيق فقرات الأداء لتلاءم مستوى الطفل أو مستوى تعليم الوالدين (مثل توظيف

أبسط الكلمات والابتعاد عن المصطلحات العلمية) ، توظيف فترات استراحة متعاقبة للطفل أثناء عملية الفحص ، الحرص على تعزيز نجاح الطفل في الأداء على فقرات الاختبار .

2. توظيف بيئة فحص مناسبة ومنظمة و ذلك بتأسيس روتين واضح و متنبأ به من قبل الطفل (كتوظيف الصور التي توضح المطلوب منه تأديته) ، ترتيب المظهر الفيزيائي (المادي) لغرفة الفحص (مثل ترتيب الأثاث والأدوات ، والتقليل من المشتتات ، تنظيم آلية عرض أدوات الاختبار) .
3. مراعاة الدقة والمصداقية في المعلومات التي يتم الحصول عليها من قبل الوالدين أو غيرهم . تستند الكثير من الأدوات المطبقة على طرح أسئلة ترتبط بآلية نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره . ولعل مثل هذه المعلومات قد تكون عرضة لأخطاء الاستدعاء من الذاكرة (مثل الحذف والتشويه والتعديل والإضافة) من قبل الوالدين وخاصة للأطفال الأكبر عمرا .
4. التأكد من وضوح الهدف من الأدوات المطبقة والفقرات المتضمنة للوالدين أو من ينوب عنهم . فقد تتأثر إجابة الوالدين بعدم الفهم الدقيق للمظهر السلوكي المراد قياسه في فقرات الأدوات المطبقة (مثل المقصود باللعب الإيهامي أو التخيلي ، التواصل البصري ، مشاركة متعة الأداء).
5. التعامل بذكاء مع الوالدين ذوي الاطلاع والدارية باضطراب التوحد . قد يتسم بعض أولياء الأمور بالقدرة الجيدة على تصفح الانترنت وقراءة الكتب والمقالات وحضور البرامج والندوات التي تتناول الحديث عن التوحد . ولعل مثل هذا الاطلاع قد يكون سلاحا ذو حدين . ومن جهة ، قد يسببها ذلك من التعاون مع الوالدين في الإجابة عن فقرات الأداة أو الاختبار مما يسهم في دعم مصداقية الإجابات ، ومن جهة أخرى ، قد يعيق ذلك آلية جمع المعلومات وذلك إما بمحاولة الأهل تجنب إعطاء إجابات قد تدعم من تشخيص التوحد لدى طفلهم أو بإعطاء إجابات مضللة تدفع بالفاحص للتحول نحو تشخيص آخر أقل أثر كبديل عن التوحد . ومدى الحاجة إلى مستوى الدعم المراد تقديمه . ولعل هذه المحكات لا زالت قيد البحث في الميدان رغم إقرارها من قبل جمعية أطباء النفس العياديين

الأمريكية (APA) حيث لا زالت هذه المحكات قيد الجدل بين العلماء في الميدان بغية الوصول إلى اتفاق مستقبلي حول مدى فاعليتها العملية في عملية التشخيص (الجابري ، 2014)

مقياس تحديد مستوى شدة الأعراض الخاص باضطراب طيف التوحد (ASD) واضطرابات التواصل الاجتماعي (SCD)نسخة الفاحص (APA/2013)

الاسم :.......................   العمر: ....

الجنس :   ذكر   أنثى   التاريخ : ....

التعليمات :

يستخدم مقياس تحديد مستوى شدة الأعراض من قبل الفاحصين لتحديد مستوى تأثير الأعراض السلوكية على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم الواجب تقديمه كنتيجة ل :

أية مشكلة في التواصل الاجتماعي وأية مظاهر نمطية واهتمامات ضيقة المدى للفرد المشخص ب (حدد بوضع إشارة (X) أمام الاضطراب الذي ينطبق على الفرد والمراد تقديم الدعم له) :

- o اضطراب طيف التوحد
- o اضطراب التواصل الاجتماعي

وفقا لجميع المعلومات المتوفرة لديك حول الفرد المراد تقديم الدعم له باستخدام حكمك الاكلينيكي ، قم بتقدير كل من مشكلات التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية و الاهتمامات الضيقة والتي تظهر لدى الفرد خلال الأيام السبعة الماضية :

البعد	المستوى (0) لايوجد	المستوى (1) مستوى بسيط من الدعم	المستوى (2) مستوى متوسط من الدعم	المستوى (3) مستوى شديد من الدعم	
التواصل الاجتماعي : قدر المستوى التأثير على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه كنتيجة للعجز الناتج في التواصل الاجتماعي	....	قصور (عجز) واضح في التفاعل الاجتماعي و الذي ينتج عنه اعتلال واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي في ظل غياب الدعم المناسب في الموقف الاجتماعي . صعوبة في القدرة على إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الاخرين ووجود امثلة واضحة على استجاباته غير العادية أو الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية من قبل	قصور (عجز) واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية . اعتلال (قصور) ظاهر في التفاعل الاجتماعي حتى بوجود الدعم و المساعدة في الموقف الاجتماعي . قدرة محدودة في إنشاء التفاعل الاجتماعي ، تناقص او استجابات غير عادية للتفاعلات الاجتماعية	قصور (عجز) شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية والتي تسبب اعتلالا (قصورا) شديدا في الاداء الوظيفي . قدرة محدودة على إنشاء التفاعل الاجتماعي ، وحدود إنشاء التفاعل الاجتماعي ، وحدود دنيا في القدرة على الاستجابة لمبادرات الآخرين الاجتماعية .	

البعد	المستوى (0) لا يوجد	المستوى (1) مستوى بسيط من الدعم	المستوى (2) مستوى متوسط من الدعم	المستوى (3) مستوى شديد من الدعم
السلوكيات النمطية : والاهتمامات الضيقة : قدر مستوى التأثير على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه كنتيجة للعجز الناتج في التواصل الاجتماعي		عدم مرونة السلوك والتي ينتج عنها التأثير واضح ذو دلالة في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية) صعوبة في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة . مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط الأمر من شأنه إعاقة (كبح) القدرة على الاستقلالية .	عدم مرونة السلوك ، وصعوبة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو سلوكيات تكرارية / محدودة تبدو كثيرة بصورة كافية لان تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها تؤثر في أداء الفرد الوظيفي في المواقف (السياقات الاجتماعية) المختلفة . صعوبة في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته)	عدم مرونة السلوك وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو السلوكيات تكرارية / محدودة تؤثر وبشكل واضح في أداء الفرد الوظيفي وعلى كافة الأصعدة . صعوبة بالغة في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته)

الفصل الخامس

أدوات القياس المستخدمة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد

مقدمة

لقد تم بناء عدد كبير من المقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد بعض هذه المقاييس كانت ذات مصداقية عالية بيد إنه تم تطوير صور منها في دول أخرى ، وبعض من هذه المقاييس تم تقنينها واشتقاق معايير لها وأخرى تم التحقق من خصائصها السيكومترية دون الوصول بها لمرحلة التقنين.

ورغم الكم الهائل من هذه المقاييس والتي استند غالبها إلى محكات التشخيص العالمية فان عملية تشخيص هذا الاضطراب لا زالت تواجه صعوبات وتعتبر عملية معقدة لما يشوب هذا الاضطراب من غموض وتداخل اعراضة مع بعض الإعاقات الأخرى وحتى مع سلوكيات الأطفال العاديين .

وقد اهتم كثير من الباحثين في مجال التوحد بتطوير عدد من الاختبارات على شكل قوائم ملاحظة وتقديرات سلوكية معتمدة في المظاهر السلوكية للطفل ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها :

أولا : المقاييس الأجنبية

مقياس تقدير التوحد الطفولي

(Childhood Autism Rating Scale , CARS,1980)

تم وضعه من قبل العاملين في برنامج علاج وتربية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للأطفال التو حديين وغيرهم ممن يعانون من إعاقات تواصل أخرى في ولاية نورث كارولينا المعروف باسم :

(Treatment and Education Of Autistic And related Communication Handicapped Children. TEACCH)

طُورت الصورة الأصلية منه في عام (1980) حيث يتكون المقياس من (15) فقرة موزعة على المجالات التالية :

الانتماء للناس – التقليد والمحاكاة –الاستجابة العاطفية –استخدام الجسم– استخدام الأشياء–التكيف مع التغيير–الاستجابة البصرية–الاستجابة السمعية–استخدام والاستجابة للذوق والشم واللمس (الاستجابات الحسية) –الخوف والتوتر العصبي–

التواصل اللفظي-التواصل غير اللفظي - مستوى النشاط-القدرات العقلية-الانطباعات العامة،ويتم تقدير الفقرات حسب شدتها من (1-4) درجات :

حيث تمثل الدرجة (4) السلوكيات غير العادية بدرجة شديدة .

وتمثل الدرجة (3) السلوكيات غير العادية بدرجة متوسطة.

في حين مثل الدرجة (2) السلوكيات غير العادية بدرجة منخفضة .

أما الدرجة (1)فتمثل السلوك بدرجة عادية.

وتشير الدرجة الأعلى من (36) إلى حالة توحد بدرجة شديدة،أما الدرجة من (30-36) فتشير إلى حالة توحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة والدرجة التي هي أقل من (30) فتعني عدم الإصابة بالتوحد (عويس ، 2006) .

مقياس تقدير التوحد الطفولي الإصدار الثاني

Childhood Autism Rating Scale , CARS- 2,1980)

وقد صدر العدد الثاني من المقياس في عام 2010

قائمة السلوك التوحدي

(Autism Behavioral Checklist .ABC)

تم تصميم الصورة الأصلية لهذه القائمة من قبل(Krug , Arick & Almond 1980 ,) للتعرف على الأفراد ذوي اضطراب طيف من عمر (5, 1 إلى 35) سنة وتضم (57) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة هي :

الإحساس والعلاقات، واستخدام الجسم والأشياء ، واللغة والمهارات الاجتماعية، والمساعدة الذاتية ، وهي تميز بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعاقين عقليا بدرجة شديدة وبالتالي فأن هذه القائمة لا تستخدم كأداة للتشخيص ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم الطفل واستجابته للمعالجة والخطة التعليمية ولتقدير الفرد التوحدي على هذه القائمة فان الإجابة على كل فقرة تكون (بنعم أو لا) ولكل صفة في حالة وجودها وزن محدد مسبقا يتراوح بين (1-4) وعندما ترتبط الصفة بالسلوك التوحدي بأعلى درجة يكون التقدير(4) وفي حال ارتباط الفقرة بدرجة قليلة

يكون التقدير (1) وللقائمة معايير : حيث تشير الدرجة النهائية (67) إلى الإصابة بالتوحد والدرجة من (53-66) إلى احتمال الإصابة بالتوحد بينما تشير الدرجة أقل من (53) لعدم وجود صفة التوحد لدى الأفراد وقد توفرت دلالات صدق وثبات لهذه القائمة في صورتها الأصلية كما ظهرت صورة أردنية من هذه القائمة قام بتطويرها الصمادي عام (1985) توفرت فيها دلالات صدق وثبات على عينة أردنية.

الأداة المسحية لتشخيص التوحد لغايات التخطيط التربوي- الطبعة الثالثة

Autism Screening Instrument For Educational Planning-Third Edition (ASIEP-3)(2008)

تتكون (ASIEP-3) من خمسة مقاييس فردية وهي :

- قائمة السلوك التوحدي Autism Behavior Checklist
- عينات من السلوك الصوتي Sample of Vocal Behavior
- التقييم التفاعلي Interaction Assessment
- التقييم التربوي Educational Assessment
- مستوى تقدم التعلم Prognosis of Learning Rate

وتستخدم هذه المكونات الخمسة لغايات التشخيص والتقييم لمستوى الأداء الحالي والتخطيط للبرامج التربوية وتحليل مستوى التقدم عند الأفراد الذين يعانون من التوحد ويعتبر المكون الأول (قائمة السلوك التوحدي) كأساس للبحث في هذه الأداة، والمكونات الأربعة الباقية تستخدم بشكل فرعي، واختار الباحث المكون الأول لغايات هذه الدراسة.

قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة :(Autism Behavior Checklist(ABC-3

تتكون هذه الأداة الدراسة من (47) فقرة تصف سلوكيات محددة جدا ومطابقة للأفراد التوحديين للفئة العمرية من (2 – 13:11)، حيث أن تحليل أداء الأفراد على فقرات المقياس يزودنا بصورة عامة حول كيف يبدو الطفل بالمقارنة بالأفراد العاديين، حيث يتم مقارنة أداء الطفل التوحدي المقيم على هذه الأداة مع أداء عينة التقنين البالغ عددها (386) فردا مما يزودنا بمؤشر أكثر دقة لدرجة التوحد عند الطفل، وقد تم تصميم

هذه الأداة لاستخدامها في المواقف التربوية، حيث تفيدنا كأداة مقننة في مساعدة المعلمين في اتخاذ قرار التشخيص الدقيق، وتستخدم هذه الأداة بشكل مستمر كأداة كشف أولية مع الأطفال الذين يعتقد بأنهم لديهم اضطراب طيف التوحد، وتستخدم كذلك هذه الأداة من قبل المعلم أو مقدم الخدمة للطفل، بحيث توضع إشارة أمام السلوك الذي ينطبق على الطفل المراد تشخيصه.

استخدامات الأداة بصورتها الأصلية:

تستخدم الأداة في المواقف التالية :

- الكشف عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- توفير المعلومات اللازمة لإعداد الخطط التربوية المناسبة.
- تستخدم كأداة للبحث.

مكونات الأداة بصورتها الأصلية :

تكون المقياس قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC-3) من خمسة اجزاء رئيسية وهي :

الجزء الأول : ويتضمن هذا الجزء معلومات حول شخصية الطفل مثل :عمر الطفل عند تطبيق المقياس، واسم المدرسة التي يقيم بها الطفل، وجنس الطفل، واسم الفاحص، والبرامج العلاجية التي تلاقها الطفل.

الجزء الثاني: يرصد به علامات الطالب الخام التي حصل عليها بعد تطبيق المقياس عليه، والرتب المئينية، والعلامة المعيارية ،ومدى احتمالية الإصابة بالتوحد.

الجزء الثالث : يتضمن تفسير الدرجات، حيث تشير الدرجة من (84 فما دون) عدم احتمالية الإصابة بالتوحد ، ومن (85 – 89) تشير إلى احتمالية الإصابة بالتوحد ، وتشير الدرجة من (90فما فوق) احتمالية عالية جدا بالإصابة بالتوحد.

الجزء الرابع : يتضمن هذا الجزء توصيات للفاحص مثل :

- فحص الطفل مرة اخرى من خلال مقاييس اخرى.
- مقترحات للتدخل الملائم وخطط علاجية.

- البدائل التربوية المناسبة.
- تلخيص عملية التشخيص التي قام بها الفاحص.

الجزء الخامس : فقرات المقياس.(Krug, Arick, Almond, 2008)

مقياس جليام لتقدير للتوحد : (Gilliam Autism Rating Scale, GARS & GARS,2)

يهدف هذا المقياس إلى تشخيص حالات التوحد من عمر (3-22) سنة، وتم بناء فقرات المقياس بناءا على المعايير التي وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة الثالثة، والتي صدرت عام 1980 ، ويشتمل المقياس على (4) اختبارات فرعية هي: السلوك النمطي المتكرر، والتواصل اللغوي، والتفاعل الاجتماعي، والاضطرابات التطورية، ويقوم بتعبئة الاختبارات المعلمين المؤهلين أو أولياء الأمور، وتوفرت له دلالات صدق وثبات عالية وتوفرت له درجات معيارية ومئينية، وتكون الإجابة ب (نعم ، لا)كما يشتمل المقياس على معلومات عن التطور النمائي للطفل. (الروسان ، 2013).

مقياس جليام لتقدير للتوحد ، الطبعة الثالثة :

(Gilliam Autism Rating Scale, GARS & GARS,3)

وقد طوركل من جليام وجيمس (Gilliam & James , 2014) العدد الثالث من مقياس جليام (Gilliam Autism Rating Scale , Edition , 3 GARS- 3) وقد بلغت عينة التقنين التي طبقت شملتها الدراسة 1859 طفلا ضمن المدى العمري (2 – 23) عاما اختيرت بعناية لتمثل المجتمع الأمريكي يأخذ بعين الاعتبار التباين العرقي والديني والجغرافي . وقد تكون المقياس من 56 فقرة تنطبق انطباقا تاما على سلوكيات الاطفال التي حددها الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5 , 2013) وقد وزعت الفقرات على ستة مقاييس فرعية وهي السلوكيات المحددة والمتكررة ، التفاعل الاجتماعي ، التواصل الاجتماعي ، الاستجابات الانفعالية ، النمط المعرفي .

القائمة التشخيصية للمضطربين سلوكيا – نموذج اي(1) :

(The Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children, form E-1)

طورها ريملاند (Rimland) عام 1964 لأغراض القبول في البرامج التربوية والتأهيلية، وهدفت إلى التمييز بين التوحد الطفولي وذهان الطفولة وأعتمد في بنائها

على معايير كانر (Kanner) وتضمن القائمة (76) سؤالا تشمل ميلاد الطفل، والتاريخ الأسري، والبيولوجي للطفل، والخصائص الكلامية، والعمر عند الإصابة وروجعت هذه القائمة، بسبب التقارير التي وردت من الآباء. (القمش،2011).

مقياس تقدير الحياة الواقعية : (The Real Life Rating Scale, RLRS):

قام بتطوير هذه الأداة فريمان (Freeman, 1978) كأداة مسحية لقياس (47) سلوكا ضمن خمسة أبعاد هي : التفاعل الاجتماعي، ردود الفعل الانفعالية، التطور اللغوي، المجال الحسي، والسلوك الحركي الحسي يقوم الفاحص بالملاحظة الدقيقة لاحتمالية وجود خصائص تدل على وجود اضطرابات نمائية، ويمتاز المقياس بسهولة التطبيق ومر المقياس بمراحل تطويرية، أولها تطبيقه في عيادات الأطفال الرضع للتعرف على الإعراض المبكرة واعتبرت هذه المرحلة مرحلة مسح عيادي، ثم التأكد من الأطفال الذين ثبتت احتمالية معاناتهم من اضطراب التوحد أو اسبيرجر.

القائمة التشخيصية للأطفال المضطربين سلوكيا :

(The Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children, form E-2)

تم وضع الصورة الأصلية عام 1964 ، ثم تم تطويرها ثانية عام 1978 وهي قائمة مؤلفة من (109) فقرة تعبر عن خصائص النمو المبكر للأطفال في السنوات الأولى من العمر وعن التفاعل الاجتماعي ونمط الكلام والاستجابة للتنبيه والذكاء وخصائص الأسرة والتطور النفسي الفيزيولوجي وتطور أعراض التوحد حيث تتراوح الدرجات بين (-45 إلى +45) لدرجات الأطفال التو حديين عبر العالم ويتم تقسيم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى ثلاث فئات هي :

- التوحد التقليدي (الكلاسيكي) : وتتراوح درجات أداء هذه الفئة على القائمة (+29)درجة فما فوق .
- التوحد : تتراوح درجات هذه الفئة على القائمة ما بين (-15 إلى +19)

- الصفات التوحدية : تشمل الأطفال الذين لا ينطبق عليهم صفات التوحد ولكن لديهم خصائص توحديه ودرجاتهم على القائمة اقل من (16) 0(هارون 2008، .

مقياس تقدير توحد الطفولة :(The Childhood Autism Rating Scale CARS):

يتكون هذا المقياس الذي تم بناؤه من قبل سكوبلر وريشلر وديفلس ودالي(Schopler, Reichler , DeVellis, & Daly, 1980) العاملين في برنامج تيش (TEACH) في ولاية نورث كارولاينا عام (1971) من خمسة عشر بعدا واعتمد في بنائه على معايير كانر (Kanner,(1943 وكريك(Creak,(1961، ومجموعة أخرى من المعايير لتشخيص التوحد دون سن المدرسة وتكون المقياس من مجموعة من الأبعاد وهي : التفاعل مع الأفراد ، التقليد، الاستجابة الانفعالية، الاستخدام الجسمي، استخدام الأشياء، مقاومة التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استجابة واستخدام حواس التذوق والشم واللمس ، والخوف والعصبية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، ومحتوى الاستجابة الادراكية، والانطباعات العامة ولدى المقياس دلالات صدق وثبات عالية، وقدرة تمييزية بين مستويات التوحد من البسيطة إلى المتوسطة الى الشديدة (العلوان ، 2014).

قائمة التوحد للأطفال الصغار :(The Checklist for Autism in Toddlers, CHAT):

صممت هذه الأداة من قبل بارون كوهين والين وجلبرج (Baron-Cohen, Allen, Gillberg,1992) للأعمار من(18 – 36) شهرا، لمراقبة سلوكيات الأطفال الذين يحتمل إصابتهم باضطراب التوحد، ويمكن استخدامها من قبل الوالدين أو الأخصائيين النفسيين وتستغرق مدة تطبيقها من (10- 15) دقيقة وتتكون من (10) أسئلة إجابتها ب (نعم ، لا) ويشمل المقياس الأبعاد التالية : التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، اللعب الاجتماعي، اللعب التظاهري او التخيلي، الانتباه المشترك، القدرة على الإشارة إلى الأشياء، اللعب غير الطبيعي، النمو الحركي، اللعب الوظيفي وتشتمل

على ملاحظة دقيقة لخمسة سلوكيات في التفاعل والتبادل الاجتماعي بين الطفل والفاحص، لإتاحة الفرصة للفاحص للمقارنة اللازمة لسلوك الطفل مع والديه .

قائمة تقييم السلوك ألتوحدي

(Autism Treatment Evaluation Checklist ,ATEC)

تتكون قائمة السلوك التوحدي من (77) فقرة، وقد طورها ريملاند وايدلسون (Rimland &Edelson) ، وقد توفرت للأداة دلالات صدق وثبات في صورتها الأصلية وتغطي القائمة الأبعاد التالية

- المهارات اللغوية
- المهارات الحسية والمعرفية
- المهارات الصحية والسلوكية
- المهارات الاجتماعية

فقرات القائمة التشخيصية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

-1-11-99

Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

Bernard Rimland, Ph D. and Stephen M Edelson, Ph.D.
Autism Research Institute
4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116
fax: (619) 563-6840; www autism com/ari

Project Number
Scores: I, II, III, IV, Total

This form is intended to measure the effects of treatment. Free scoring of this form is available on the Internet at: www autism com/atec

ame of Child ____________ ____________ ☐ Male Age ________
Last First ☐ Female Date of Birth ________
orm completed by: ____________ Relationship: ____________ Today's Date ________

Please circle the letters to indicate how true each phrase is:

Speech/Language/Communication: *[N] Not true [S] Somewhat true [V] Very true*

S V 1. Knows own name
S V 2. Responds to 'No' or 'Stop'
S V 3. Can follow some commands
S V 4. Can use one word at a time (No!, Eat, Water, etc)
S V 5. Can use 2 words at a time (Don't want, Go home)
N S V 6. Can use 3 words at a time (Want more milk)
N S V 7. Knows 10 or more words
N S V 8. Can use sentences with 4 or more words
N S V 9. Explains what he/she wants
N S V 10. Asks meaningful questions
N S V 11. Speech tends to be meaningful/relevant
N S V 12. Often uses several successive sentences
N S V 13. Carries on fairly good conversation
N S V 14. Has normal ability to communicate for his/her age

Sociability: *[N] Not descriptive [S] Somewhat descriptive [V] Very descriptive*

S V 1. Seems to be in a shell - you cannot reach him/her
S V 2. Ignores other people
S V 3. Pays little or no attention when addressed
S V 4. Uncooperative and resistant
S V 5. No eye contact
S V 6. Prefers to be left alone
N S V 7. Shows no affection
N S V 8. Fails to greet parents
N S V 9. Avoids contact with others
N S V 10. Does not imitate
N S V 11. Dislikes being held/cuddled
N S V 12. Does not share or show
N S V 13. Does not wave 'bye bye'
N S V 14. Disagreeable/not compliant
N S V 15. Temper tantrums
N S V 16. Lacks friends/companions
N S V 17. Rarely smiles
N S V 18. Insensitive to other's feelings
N S V 19. Indifferent to being liked
N S V 20. Indifferent if parent(s) leave

. Sensory/Cognitive Awareness: *[N] Not descriptive [S] Somewhat descriptive [V] Very descriptive*

S V 1 Responds to own name
S V 2. Responds to praise
S V 3. Looks at people and animals
S V 4. Looks at pictures (and T.V.)
S V 5. Does drawing, coloring, art
S V 6. Plays with toys appropriately
N S V 7. Appropriate facial expression
N S V 8. Understands stories on T.V.
N S V 9. Understands explanations
N S V 10. Aware of environment
N S V 11. Aware of danger
N S V 12. Shows imagination
N S V 13 Initiates activities
N S V 14. Dresses self
N S V 15. Curious, interested
N S V 16. Venturesome - explores
N S V 17. "Tuned in" — Not spacey
N S V 18. Looks where others are looking

. Health/Physical/Behavior: *Use this code: [N] Not a Problem [MI] Minor Problem [MO] Moderate Problem [S] Serious Problem*

MI MO S 1. Bed-wetting
MI MO S 2. Wets pants/diapers
MI MO S 3. Soils pants/diapers
MI MO S 4. Diarrhea
N MI MO S 9. Hyperactive
N MI MO S 10. Lethargic
N MI MO S 11. Hits or injures self
N MI MO S 12. Hits or injures others
N MI MO S 18. Obsessive speech
N MI MO S 19. Rigid routines
N MI MO S 20 Shouts or screams
N MI MO S 21. Demands sameness

المقابلة التشخيصية للتوحد – المراجعة –

(The Autism Diagnostic Interview Revise,ADI-R)

قام ببنائها لورد وروتر(Lord & Rutter, 1994) في العامين (1988 ، 1989) وهي أداة استقصائية شبه مقننة هدفت هذه الأداة للاستقصاء عن مظاهر اضطراب التوحد، أو ممن يشتبه في انهم يعانون من مظاهر اضطراب التوحد وتم بناؤها، وإعادة تطويرها بناء على المعايير التي وردت في التصنيف الدولي العاشر للأمراض والدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة في مجالات التفاعل الاجتماعي واللغوي، واللعب والسلوكيات النمطية والاهتمامات، والنشاطات المحددة، وأعيد تطويرها لتلاءم الأعمار من (18) شهرا فما فوق وتتمتع بدلالات صدق وثبات عالية، في تشخيص التوحد لمرحلة ما قبل المدرسة، وقدرتها على التمييز بين حالات التوحد والإعاقة العقلية .

جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد :

: (The Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS)

هي أداة مراقبة تشخيصية للسلوك الاجتماعي والتواصلي ، طورها لورد (Lord,1989)، لتمييز حالات التوحد عن الإعاقة العقلية والعاديين للعمر (6 – 18) سنة والقادرين على الكلام، ويتم مراقبة المفحوص من قبل الفاحص ضمن سلوكيات محددة يسلكها الفاحص إثناء تطبيق المهمات وعددها (8) مهمات، لاستثارة السلوك المستهدف مثل: الحاجة للمساعدة، والبحث عنها واللعب التعاوني أو الرمزي والمحادثة، ورواية القصة بشكل متسلسل والتواصل المتبادل والتعبيرات الاجتماعية وغيرها ومدة الملاحظة (20-30) دقيقة.

مقاييس تقدير طيف التوحد Autism Spectrum Rating Scales (ASRS)

تتكون مقاييس تقدير طيف التوحد من مقياسين اثنين الأول للفئة العمرية (2 – 5) سنوات ويوجد منة نموذجين الأول يستخدم من قبل الآباء والثاني من قبل المعلمين .أما المقياس الثاني فهو للفئة العمرية (6 – 18) وأيضا يوجد منة نموذج يستخدم من قبل الآباء واخرمن قبل المعلم .

وقد تم تقنين المقاييس في صورتها الأصلية في الولايات المتحدة الأمريكية عام (2009) حيث تكونت عينة الدراسة من (2560) طفلا ، ويمثلون كافة الأعراق مثل الأسيويون والأفارقة والبيض والزنوج وقد توزعت عينة الدراسة على أرجاء الولايات المتحدة .

يتكون مقياس تقدير طيف التوحد في صورته الأصلية

الجزء الأول مقياس تقدير طيف التوحد والذي يقيس القصور لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ثلاث مجالات وهي :

مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي : 19 فقرة

مجال السلوكيات غير العادية : 24 فقرة

مجال التنظيم الذاتي : 17 فقرة

الجزء الثاني وهو المقياس المستند إلى محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع و يتكون من 34 فقرة.

الجزء الثالث وهو المقياس المستند إلى تحديد الدعم العلاجي ويتكون من ثمانية مجالات يوضحها الجدول التالي

- مجال التفاعل الاجتماعي مع الكبار	6 فقرات
- مجال التفاعل الانفعالي والاجتماعي المتبادل	13 فقرة
– مجال اللغة غير العادية	6 فقرات
– مجال النمطية	5 فقرات
- مجال التصلب في السلوك (الرتابة)	8 فقرات
- مجال الحساسية الحسية	6 فقرات
- مجال الانتباه	11 فقرات

ولما كانت غالبية فقرات المقياس تكرر في المجالات الفرعية للأجزاء الثلاثة التي يتضمنها المقياس وعلى سبيل المثال فأن الفقرة رقم (31) من المقياس والتي تقيس

اللعب مع الآخرين في مجال التواصل و التفاعل الاجتماعي ، فإنها أيضا تتكرر في الجزء الثاني وفي الجزء الثالث ضمن مجال التفاعل الاجتماعي مع الرفاق ،لذا فان العدد الفعلي للفقرات هو71 فقرة .

مقياس تقدير طيف التوحد للفئة العمرية (2 -5) سنوات نموذج تقديرات الوالدين

Autism Spectrum Rating Scale ASRS (2 – 5 years) parent Rating
Sam Goldstein, Ph.D. & Jack A. Naglieri, Ph.d
Translation by : Khawla Al Qadoumee , Ph.D & Jamal Al Maqableh ,Ph.d Arabic

Day month
Year

Student's Name:..Gender : F M
Today's Date:............../............ .../.........

Parent's Name:...Grade :...................
Birth Date :................./...... .../..........

Did your child acquire language before age 3? Yes no

If yes, did your child speak in 3 word sentences? yes no
Age :.............. ...../... ..../.........

Evaluate your student's behavior in the last month ?

	ITEMS	Never	*Rarely*	*occasionally*	Frequently	v. frequently
1-	Smile in appropriate manner ?	0	1	2	3	4
2-	Get upset by some fabrics or tags in clothes?	0	1	2	3	4
3-	understand the point of view of others?	0	1	2	3	4
4-	play with others ?	0	1	2	3	4
5-	look at others when interacting with them ?	0	1	2	3	4
6-	Ask about unrelated things	0	1	2	3	4
7-	Point to things when talk about ?	0	1	2	3	4
8-	insist on doing things in one way each time?	0	1	2	3	4

9-	need things happen just as he expected ?	0	1	2	3	4
10-	Make a strong reaction to any change in routine?	0	1	2	3	4
11-	line up objects in a row ?	0	1	2	3	4
12-	overcorrect to common smells ?	0	1	2	3	4
13-	look at others when arguing with them ?	0	1	2	3	4
14-	understand the point of view of others?	0	1	2	3	4
15-	Have problems to talk with other kids ?	0	1	2	3	4
16-	Involve in fun activities with other?	0	1	2	3	4
17-	Seem disorganized ?	0	1	2	3	4
18-	Use imagination play?	0	1	2	3	4
19-	Pay attention people's thinking or feeling?	0	1	2	3	4
20-	Become angry of routine changing ?	0	1	2	3	4
21-	Respond when adults spoken to him?	0	1	2	3	4
22-	Use language that was inappropriate to his age ?	0	1	2	3	4
23-	avoid looking to adults if there is a problem ?	0	1	2	3	4
24-	Prefer playing alone?	0	1	2	3	4
25-	Listen to people who spoken to him?	0	1	2	3	4
26-	talk too much about things that other children don't care about ?	0	1	2	3	4
27-	focus very much about details ?	0	1	2	3	4
28-	start conversation with others ?	0	1	2	3	4
29-	maintain a conversation going ?	0	1	2	3	4
30-	Play near ,not with other children?	0	1	2	3	4
31-	get into trouble with adults ?	0	1	2	3	4

32-	fail to complete tasks ?	0	1	2	3	4
66-	have a social problems with adults ?	0	1	2	3	4
34-	have problems waiting his/her turn?	0	1	2	3	4
35-	plays with toys politely ?	0	1	2	3	4
36-	show little emotion?	0	1	2	3	4
37-	learn simple tasks but then he forget them immediately ?	0	1	2	3	4
38-	notice social cues?	0	1	2	3	4
39-	become very interested with part of objects ?	0	1	2	3	4
40-	Respond when spoken to by other children?	0	1	2	3	4
41-	talk too much about things that adults don't interested in ?	0	1	2	3	4
42-	use an odd manner of speaking?	0	1	2	3	4
43-	A void looking at people who spoken to him?	0	1	2	3	4
44-	have trouble talking with adults?	0	1	2	3	4
45-	Refuse being touched or held ?	0	1	2	3	4
46-	Overreact to loud noises ?	0	1	2	3	4
47-	focus on one subject for long time ?	0	1	2	3	4
48-	insist on keeping certain objects with him/her at all time ?	0	1	2	3	4
49-	Look for the company of other children ?	0	1	2	3	4
50-	show an interest in the ideas of others ?	0	1	2	3	4

51-	Have social problems with children in the same age?	0	1	2	3	4
52-	understand age - appropriate humor or jokes?	0	1	2	3	4
53-	repeat a certain words or phrase out of context?	0	1	2	3	4
54-	share his /her enjoyment with others?	0	1	2	3	4
55-	Fail in paying attention to fun tasks?	0	1	2	3	4
56-	insist on certain routines ?	0	1	2	3	4
57-	follow instructions that he/she understood?	0	1	2	3	4
58-	interrupt or intrude on others?	0	1	2	3	4
59-	reverse pronouns e.g. you for me)	0	1	2	3	4
60-	become obsessed with details ?	0	1	2	3	4
61-	Show good peer interaction ?	0	1	2	3	4
62-	Appear fidgety when asked to sit still ?	0	1	2	3	4
63-	Become distracted ?	0	1	2	3	4
64-	flap his/her hand when excited?	0	1	2	3	4
65-	twirl , spin or bang objects ?	0	1	2	3	4
66-	smell ,taste or eat inedible objects ?	0	1	2	3	4
67-	Fail to express what he want ?	0	1	2	3	4
68-	Beat him/herself (e.g .injure a head) when angry?	0	1	2	3	4
69-	overreact to touch ?	0	1	2	3	4
70-	Repeat or echo what others said ?	0	1	2	3	4

ثانيا : المقاييس العربية المطورة عن مقاييس أجنبية

1-الصورة المعربة من قائمة تقدير السلوك التوحدي ،الطبعة الثالثة

(The Arabic Developed Version of Autism Behavior Checklist ,ABC ,3)

والتي اشتق لها العلوان (2014) معايير تقنين على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الاردن وقد استخدم الباحث في دراسته العديد من المعالجات الإحصائية والمنطقية والتي أكدت فاعلية هذه النسخة المعربة من مقياس ABC في تشخيص اضطراب طيف التوحد في الأردن الأداة المسحية لتشخيص التوحد لغايات التخطيط التربوي – الطبعة الثالثة ASEIP-3

نموذج قائمة السلوك ألتوحدي

David A.Krug Joel R.Arick Patricia J.Almond

القسم الأول: معلومات شخصية

الاسم:................... ذكر انثى الصف ....

اليوم الشهر السنة

تاريخ الفحص: ....

تاريخ الميلاد: ....

العمر : ....

التشخيص الحالي :.................................... عنوان الفاحص

الفاحص : المعلم الوالدين اسم المشخص ....

القسم الثاني : سجل العلامات

الدرجة الخام الرتبة المئينية الدرجة المعيارية احتمالية الإصابة بالتوحد

مجموع الدرجات : ....

القسم الثالث : دليل تفسير الدرجات

التوصيات ....

فهرس التوحد	احتمالية الإصابة بالتوحد
اكبر أو تساوي 90	كبيرة جدا
85 – 89	محتمل
اقل من 84	لا

القسم الخامس : استجابات الفرد عل الفقرات

التعليمات : ضع إشارة (√) بجانب الفقرة التي تنطبق على الطفل بدقة

الرقم	ضع	الفقرة
1		يدور حول نفسه لفترة زمنية طويلة
2		يتعلم مهمات بسيطة ولكن ينساها بسرعة
3		في كثير من الأحيان لا ينتبه للتلميحات الاجتماعية المرسلة من قبل
4		لا يستجيب للأوامر البسيطة التي تعطى له لمرة واحدة مثل (اجلس
5		لا يلعب بالألعاب بالشكل المناسب مثال (تدوير عجلات لعبة
6		يظهر ضعفا في مهارات التمييز البصري عند التعلم مثل التثبت عند
7		لا يبتسم للآخرين
8		يعكس الضمائر مثال (يستخدم أنت بدلا من أنا)
9		يصر على الاحتفاظ بأشياء محددة معه\ معها مثل (لعبة بلاستيكية او
10		في بعض الأوقات يبدو إليك انه لا يسمع لذلك تتوقع بأنه أصم
11		كلامه يبدو على وتيرة واحدة خالية من التنغيم أو أن معدل سرعته
12		يهز الطفل نفسه إلى الأمام والخلف بشكل مستمر لفترة طويلة من

13		لا يستجيب الطفل حركيا بمد ذراعية للبالغين الذين يريدون حمله
14		يبدي ردود فعل شديدة اتجاه تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة
15		لا يستجيب عندما ينادى اسمه ضمن مجموعة أسماء مثال(احمد ،
16		يندفع في الجري مسرعا في الغرفة ، يمشي على رؤوس أصابعه، يدور
17		لا يستجيب لتعابير وجه الآخرين أو مشاعرهم
18		لا يستجيب للأوامر البسيطة المتضمنة حروف الجر مثل(ضع الكرة
19		لا يظهر أي ردة فعل اتجاه الأصوات أو الضجيج العالي (يتصرف
20		يرفرف بيديه
21		لديه نوبات غضب شديدة أو طفيفة لكنها متكررة
22		يتجنب أن يتواصل مع الآخرين بالعين
23		يقاوم الآخرين عند لمسهم له (لا يرغب بان يلمسه احد أو يمسكه)
24		لا يشعر أحيانا بالأم عند تعرضه (للكدمات ، الجروح ، عندما يحقن
25		يبدو متصلبا مما يصعب حمله من قبل اللآخرين
26		يتشبث بالكبار عندما يتم حمله من قبلهم
27		يمشي على أصابع قدميه
28		يؤذي الآخرين من خلال (العض، الضرب، الركل ..)
29		يكرر العبارات مرات ومرات
30		لا يقلد الأطفال الذين يلعبون من حوله
31		لا يرمش بعينيه عندما يكون هنالك ضوء ساطع موجه نحو عينيه
32		يؤذي نفسه (يضرب رأسه ، يعض يديه ......)

33		ينزعج(يغضب) إذا لم تلبى حاجاته فورا
34		لم يكون علاقات صداقة مع الآخرين
35		يغطي الإذنين كرد فعل على العديد من الأصوات
36		عادة ما يبرم أو يدير أو يضرب الأشياء
37		يكون لديه\لديها صعوبة في تعلم استخدام الحمام
38		يردد أصوات أو كلمات مرات ومرات
39		يحدق النظر بالآخرين
40		يصادي (يكرر) أسئلة أو عبارات طرحت عليه من قبل الآخرين
41		عادة لا يدرك ما يدور من حوله من مخاطر
42		يفضل أن يلعب بالأشياء ويتلاعب بأجزائها
43		يلمس أو يشم أو يتذوق أشياء محددة في البيئة
44		لا يكون لديه أية ردة فعل في حضور شخص غريب
45		الانخراط في طقوس معقدة (مثل ترتيب الأشياء في صفوف)
46		يخرب(تكسير الألعاب أو أدوات المنزل)
47		يحدق في الفضاء لمدة طويلة من الوقت

2- الصورة المعربة من مقياس تقدير طيف التوحد

(The Arabic Developed Version of Autism Spectrum Rating Scale, ASRS

حيث تم تقنين صورة أردنية من مقياس تقدير طيف التوحد على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بلغت 385 طفلا بالإضافة إلى 65طفلا من الأطفال العاديين و 65 طفلا من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية . وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية للصورة المعربة تم اشتقاق معايير تقنين ممثلة بالدرجات التائية الرتب المئينية .

الصورة الكاملة للمقياس

مقاييس تقدير طيف التوحد (6 - 18عام) تقديرات المعلمين

Autism Spectrum Rating Scale (6 - 18) Teacher Ratings ASRS

Sam Goldstein, Ph.D. & Jack A. Naglieri, Ph.D

اسم الطالب :	الجنس	التاريـــــــخ : / /
اسم المعلم :		تاريخ الميلاد : / /
مدة المعرفة الطفل : شهر ( ) سنة		العمـــــر : / /

Arabic Translation by : Jamal Al Maqableh ,Ph.d

بالنظر إلى الأسابيع الأربعة الأخيرة كيف يبدو الطالب بشكل عام

رقـــم الفقرة	الفقـــــــرة	أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	كـثير جدا
1	يبدو غير منظم؟	0	1	2	3	4
2	ينـزعج مـن بعـض الملابـس ومـا عليهـا مـن ملصقات؟	0	1	2	3	4
3	يبحث عن التفاعل مع أطفال آخرين؟	0	1	2	3	4
4	يبدي القليل من العواطف والانفعالات؟	0	1	2	3	4
5	يتبع التعليمات التي يفهمها ؟	0	1	2	3	4
6	يتجادل أو يتشاجر مع أطفال آخرين؟	0	1	2	3	4

7	لديه مشاكل في انتظار دورة ؟	0	1	2	3	4
8	يشارك بنشاطات ممتعة مع الآخرين ؟	0	1	2	3	4
9	ينظر إلى الآخرين عندما يتحدث معهم ؟	0	1	2	3	4
10	يندمج في المهام التي تتطلب جهد مستمرا؟	0	1	2	3	4
11	يتجنب النظر للأشخاص الذين يتحدثون إليه أو إليها؟	0	1	2	3	4
12-	يلعب بألعابه على بطريقة مناسبة ؟	0	1	2	3	4
13	لديه ردة فعل قوية على تغيير الروتين ؟	0	1	2	3	4
14	لديه مشكلة في الحديث مع الأطفال الآخرين ؟	0	1	2	3	4
15	يفهم وجهة نظر الآخرين ؟	0	1	2	3	4
16	يتعلم مهاماً بسيطة ثم ينساها بسرعة ؟	0	1	2	3	4
17	يتحدث بلغة من يصغره عمرا ؟	0	1	2	3	4
18	يدخل في مشاكل مع الكبار؟	0	1	2	3	4
19	لديه مشاكل اجتماعية مع أقرانه ؟	0	1	2	3	4
20	يتكلم بطريقة شاذة ؟	0	1	2	3	4

21	يردد عبارات أو كلمات لا علاقة لها بسياق الحديث ؟	0	1	2	3	4
22	يظهر هوسا بالتفاصيل ؟	0	1	2	3	4
23	يستمر بالحديث ؟	0	1	2	3	4
24	يصر على تأدية الأفعال بنفس الطريقة في كل مرة ؟	0	1	2	3	4
25	يتحسس من اللمس ؟	0	1	2	3	4
26	يعيد أو يردد ما قاله الآخرون ؟	0	1	2	3	4
27	يشم ، يذوق ، أو يأكل أشياء غير صالحة للأكل ؟	0	1	2	3	4
28	يتفهم شعور الآخرين ؟	0	1	2	3	4
29	يتحسس من الروائح ؟	0	1	2	3	4
30	يصبح مشتتاً ؟	0	1	2	3	4
31	يلعب مع الآخرين؟	0	1	2	3	4
32	يلاحظ ويفهم الإشارات والتلميحات الاجتماعية؟	0	1	2	3	4
33-	يستجيب عندما يتحدث إليه الكبار؟	0	1	2	3	4
34-	يتجنب النظر إلى الكبار عندما تكون هناك مشكلة ما ؟	0	1	2	3	4

35-	لديه مشكلة في الانتباه أثناء قيامه بواجباته ؟	0	1	2	3	4
36-	يرتكب أخطاء بواجبه المدرسي ؟	0	1	2	3	4
37-	يتحدث كثيراً عن أشياء لا تهم الآخرين ؟	0	1	2	3	4
38-	يقاوم اللمس أو الحمل من قبل الآخرين ؟	0	1	2	3	4
39-	يهتم بشعور وتفكير الآخرين ؟	0	1	2	3	4
40-	يركز كثيراً على التفاصيل ؟	0	1	2	3	4
41-	لا يتفهم عدم محبة الآخرين له ؟	0	1	2	3	4
42-	يشارك المتعة مع الآخرين ؟	0	1	2	3	4
43-	يبدي اهتمام بأفكار الآخرين ؟	0	1	2	3	4
44-	لا يكمل واجباته المنزلية ؟	0	1	2	3	4
45-	يتفهم الفكاهة والنكات المناسبة لعمرة الزمني ؟	0	1	2	3	4
46-	يرفرف بكفيه عندما ينفعل ؟	0	1	2	3	4
47-	يستمتع حينما يتم التحدث إليه ؟	0	1	2	3	4
48-	يركز كثيرا على موضوع واحد لوقت طويل ؟	0	1	2	3	4

-49	يريد أن تكون الأمور كما يتوقعها ؟	0	1	2	3	4
-50	يتحدث كثير عن الأشياء التي لا تهم الأطفال ؟	0	1	2	3	4
-51	يصر على نمط أو روتين معين ؟	0	1	2	3	4
-52	لدية مشكلة بالاهتمام بالنشاطات الترويحية ؟	0	1	2	3	4
-53	مفتوناً بأجزاء الأشياء؟	0	1	2	3	4
-54	يضع الأشياء في صف واحد ؟	0	1	2	3	4
-55	يبتسم بشكل لائق ؟	0	1	2	3	4
-56	يبادر بالحديث مع الآخرين ؟	0	1	2	3	4
-57	يفشل بإكمال المهمات ؟	0	1	2	3	4
-58	يسأل عن أشياء خارج الموضوع ؟	0	1	2	3	4
-59	يواجه صعوبة في التحدث مع الكبار ؟	0	1	2	3	4
-60	يقاطع الآخرين أو يتطفل عليهم ؟	0	1	2	3	4
-61	ينظر إلى الآخرين عندما يتفاعل معهم ؟	0	1	2	3	4
- 62	يبالغ في ردة الفعل على الضجيج المرتفع ؟	0	1	2	3	4

63-	يصبح متزعجا عند حدوث تغيير الروتين المعتاد ؟	0	1	2	3	4
64-	يختار اللعب وحيداً ؟	0	1	2	3	4
65-	يصر على الاحتفاظ ببعض الأشياء معه بشكل دائم ؟	0	1	2	3	4
66-	لديه مشاكل اجتماعية مع الكبار ؟	0	1	2	3	4
67-	يقوم ببرم أو تدوير أو فرقعة الأشياء ؟	0	1	2	3	4
68-	يعكس الضمائر (مثلا يستخدم أنت بدل من أنا)؟	0	1	2	3	4
69-	يظهر تفاعل جيد مع الأقران؟	0	1	2	3	4
70-	يستجيب عندما يتحدث إلية الأطفال الآخرون ؟	0	1	2	3	4
71-	يبدو متململا عندما يطلب منه أن يبقى جالساً ؟	0	1	2	3	4

3 – الصورة المعربة من قائمة تقييم السلوك التوحدي

The Arabic Developed Version of Autism Treatment Evaluation Checklist ,ATEC

وقد طورت هارون (2008) صورة أردنية توفرت بها دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها في البيئة الأردنية لأغراض قياس وتشخيص حالات التوحد للفئة العمرية (5 -13) عام ودراسة فاعلية البرامج حيث يمكن استخدام هذه الاداة كاختبار قبلي وبعدي وتغطي الأداة الأبعاد التالية :

1. **المهارات اللغوية ،وعدد فقراتها(14) فقرة ، ومن الفقرات التي تقيس هذا البعد**

دائما احيانا قليلا

- يستخدم جمل تتكون من أربع فقرات
- يعبر عما يريد بأي وسيلة تعبيرية
- يعرف عشر كلمات أو أكثر (بالإشارة أو بالكلام)

دائما أحيانا قليلا

1 **المهارات الاجتماعية وعدد فقراتها(20) فقرة**

- يفشل في تحية الآخرين
- نادرا ما يبتسم
- يبدو غير مكترثا عندما يتركه الوالدين

2 **المهارات الحسية والمعرفية وعدد فقراتها(18) فقرة**

- يرسم ويلون
- يفهم ما يُفسر له
- يشارك الآخرين اهتماماتهم

3 **المهارات الصحية والسلوكية وعدد فقراتها(25) فقرة**

- يتبع نظام غذائي معين
- لدية نوبات صرع
- يصرخ دون سبب

4 **الصورة المعربة من مقياس جليام**

The Arabic Developed Version of Gilliam Autism Rating Scale,GARS-2

وقد طورها الجابري عام (2008) وتوفرت للأداة دلالات صدق وثبات تؤكد تمتع هذه الأداة بالخصائص السيكومترية التي تبرر استخداما في تشخيص الأطفال المشتبه بإصابتهم باضطرابات طيف التوحد ، كما تستخدم كأداة للحكم على فاعلية البرامج التي يخضع لها الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ، وكأداة للبحث العلمي .

وتتكون الأداة من خمسة أقسام :

القسم الأول : ويغطي المعلومات الشخصية للمفحوص.

القسم الثاني : ملخص درجات المفحوص على كل بعد من أبعاد المقياس.

والقسم الثالث هو دليل تفسير النتائج .

القسم الرابع يمثل الصفحة النفسية (البروفايل) للمفحوص وهوعبارة عن رسم بياني يستطيع الفاحص من خلاله معرفة نقاط القوة ونقاط الضعف لدى المفحوص .

القسم الخامس: ويحتوي على المقاييس التي تقيس درجة اضطراب التوحد لدى الطفل وتغطي هذه المقاييس الأبعاد التالية :

2. المقياس الفرعي : السلوكيات النمطية (التكرارية) ، ويتكون من (14) فقرة وتتمثل الإجابة من البدائل التالية

غير ملاحظ	مُلاحظ بندرة	مُلاحظ أحيانا	ملاحظ دائما
0	1	2	3

ومن الفقرات التي تقيس هذا البعد

- يمشي على رؤوس أصابعه
- يدور أو يلتف في دوائر حول نفسه

3. المقياس الفرعي الثاني : التواصل ويتكون من (14) فقرة ومن الفقرات التي تقيس هذا البعد:

- يعيد أو يصادي الكلمات لفضيا أو مع إشارات
- لا يسأل عن الأشياء التي يريدها

4. المقياس الثالث : التفاعل الاجتماعي ، ويتكون أيضا من (14) فقرة و فقرة ومن الفقرات التي تقيس هذا البعد:

- يفعل أشياء محددة بشكل متكرر وطقوسي
- يتضايق أو يبدو منزعجا إذا حدث تغيير في روتينه

القسم السادس : المقابلة الوالدية وهي عبارة عن مجموعة من الاسئلة يجاب عليها من قبل احد الوالدين بنعم أو لا وتغطي المجالات التالية :

1. التفاعل الاجتماعي : ويتكون من (5) أسئلة ومنها

- هل بكى أو تضايق الطفل عندما تم حملة أو رفعة ؟

2. استخدام اللغة والتواصل الاجتماعي : ويتكون من (5) أسئلة ومنها

- هل استخدم الطفل كلمات مفردة وهو بعمر 16 شهرا

التصرف غير الطبيعي في التفاعل الاجتماعي

خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر ، ومن الأسئلة التي تقيس هذا البعد

هل ابتسم الطفل لوالديه أو لاخوتة إذا ما تم الابتسام له ثاو اللعب معه ؟

استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي ومن الأسئلة التي تقيس هذا البعد

خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر

هل استجاب الطفل لاسمه عند مناداته (لتفت نحو الشخص)

هل بدى على الطفل فهم ما يجب فعلة عندما يطلب منة القيام بعمل ما

اللعب التخيلي أو الرمزي

هل تظاهر الطفل بأن لدية صديقا أو حيوانا خياليا

هل لعب الطفل بالدمى متظاهر بأنها أشخاص غير حقيقيون

ثالثا : المقاييس العربية

مقياس تشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي

ظهر مقياس تشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي في دراسة أجرتها عويس عام (2006) هدفت إلى بناء أداة قياس لتشخيص حالات التوحد في الخليج العربي ، وقد توفرت للأداة دلالات صدق وثبات ذات دلالة إحصائية وبالتالي اشتقت لها معايير لتفسير درجات الحالات المشخصة من خلال مقارنة أداء هذه الحالات مع درجات المجموعة المعيارية التي جرى تقنين المقياس عليها .

وقد تكون المقياس من (116) تغطي المجالات التالية

1- **مجال القصور في التفاعل الاجتماعي**

وبغطي هذا المجال (27) فقرة نذكر منها :

دائما	غالبا	أحيانا	أبدا
3	2	1	0

2- يتجنب النظر مباشرة لعيون الآخرين

- لا يهتم بالترحيب بالضيوف كأن يصافحهم
- لا يبادر لمساعدة الآخرين عند حاجتهم لذلك

3- مجال القصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي

وبغطي هذا المجال (27) فقرة نذكر منها :

- يلفظ اسمه بشكل غير واضح
- يردد الكلمات التي يسمعها دون إدراك لمعناها
- يردد أخر كلمة في الجملة التي يسمعها

4- مجال السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة المحددة

وبغطي هذا المجال (27) فقرة نذكر منها :

- يضحك فجأة دون سبب
- يصرخ فجأة دون سبب
- يلعب بلعبة واحدة بنفس الطريقة

5- مجال القصور في اللعب التمثيلي والتخيلي

وبغطي هذا المجال (8) فقرة نذكر منها :

- لا يقلد أدوار الآخرين إثناء اللعب (مثل دور طبيب يكشف عن مريض)

6- مجال القصور المعرفي

وبغطي هذا المجال (27) فقرة نذكر منها :

- يصعب علية تركيز انتباهه نحو شيء محدد
- يصعب علية تحويل انتباهه من شي لأخر
- لا يفهم معاني الكلمات المجردة مثل (الخير، الشر ، الحلال ،الحرام).

مقياس تشخيص السلوك التوحدي للفئة العمرية (6 – 17) عام

طور هذا المقياس قزاز (2006) على عينة أردنية حيث (ن = 250) طفلا وقد توفرت للأداة دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها لأغراض تشخيص حالات التوحد في الأردن ، وقد تألف المقياس من (60) فقرة تغطي الأبعاد التالية

1. **بعد التفاعل الاجتماعي**

ويغطي هذا المجال (14) فقرة ، ويتم الإجابة عليها باختيار واحدة من البدائل التالية التي تدلل على مدى تكرار السلوك من قبل الطفل والبدائل هي :

غالبا أحيانا نادرا أبدا

- ينعزل ويتجنب الأقران والآخرين من حوله .
- لا يملك الطفل صداقات مع أقرانه أو مع الأفراد من حوله
- لا يبادر الطفل مشاركة من حوله الألعاب

2. **بعد الاتصال**

ويغطي هذا المجال (14) فقرة ، نذكر منها :

لا يبادر في الكلام أو يبتدئ في الحديث

- بعد السلوكيات والاهتمامات النمطية والمتكررة (8) فقرات .
- بعد الاضطرابات النمائيه في السنوات الثلاث الأولى (10) فقرات
- بعد الاستجابات الحسية والمعرفية (14) فقرة

وتشير معايير المقياس المشتقة بدلالة أداء عينة الدراسة على فقرات المقياس إلى أن العلامة الخام التي تقابل الرتب المئينية (16 –43) تعني إن الطفل عادي ، والعلامة التي تقابل الرتب المئينيه (44 – 66) إلى أن الطفل يعاني من الإعاقة العقلية ، فيما تشير العلامة الخام التي تقابل الرتب المئينيه (67– 100) إلى حالات اضطراب طيف التوحد.

3. **مقياس تشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس**

وقد تم بناء هذا المقياس في دراسة قام بها حمدان (2013) ، وقد تم التحقق من فاعلية المقياس من خلال تقدير ثبات المقياس وصدق باستخدام أكثر من أسلوب إحصائي ومنطقي ويتكون المقياس من (219) تغطي (7) مجالات وهي : الاجتماعي، والتواصلي ، والسلوكي ، والانفعالي ، والحسي والانفعالي ، والتأخر النمائي .

ومن الفقرات التي تقيس هذا المجالات :

- يتواصل بصرياً لمدة لا تتجاوز 3 ثانية
- ينظر للأشخاص من زاوية عينه ، زاوية حادة
- في حال واجه موقف خطر لا يهتم بالنظر للآخرين
- يتجاهل وجود الآخرين تماماً
- يتعامل مع الأشخاص المحيطين به وكأن مهمتهم تحقيق طلباته
- لا يتبادل المشاعر العاطفية مع الآخرين
- لا يهتم بمشاركتك بما تمر به من مواقف بكاء أو حزن
- يتبادل المشاعر والعواطف مع الآخرين بطريقة غير مناسبة
- يفضل اللعب وحيداً
- يميل للألعاب التي تتسم بالخشونة والجري عند اللعب مع الآخرين
- يميل للألعاب التي تتسم بالروتين والتكرار
- يفتقر للعب الاجتماعي مع أقرانه
- يفتقر للعب الرمزي والخيالي
- لا تجذبه الألعاب التي يلعب بها أقرانه
- يفتقر إلى اللعب الوظيفي بالألعاب
- يميل لصف الألعاب المتشابهة في صفوف ويغضب في حال تغير ترتيبها
- يركز على جزء من اللعبة (كعجلة السيارة)
- قصر مدة اللعب بالألعاب مقارنةً بأقرانه
- لا يستجيب عند مناداته باسمه داخل المنزل
- لا يستجيب عند مناداته باسمه خارج المنزل
- يستجيب لاسمه عندما نربط الاسم بشيء محبب له مثل: محمد

وتتدرج بدائل الإجابة على فقرات المقياس من البديل: غير موجود أبدا والتي تعطى القيمة صفر، إلى موجود نادرا ، موجود أحيانا ، موجود غالبا إلى موجود دائما والتي تعطى القيمة (4).

ويمكن تفسير أداء المفحوص على فقرات الاختبار ومن ثم تحديد فيما إذا كان يعاني من اضطراب طيف التوحد ، وشدة هذا الاضطراب من خلال مقابلة الدرجات الخام للطفل مع الدرجات المئينية للمجموعة المعيارية التي تم تقنين المقياس عليها ومن ثم تشخيص الحالة وتشير الرتب المئينية من (68 – 70) إلى توحد بسيط والرتب (71– 94) إلى توحد متوسط والرتب 95 فما فوق إلى توحد شديد .

مقياس التشخيص الفارقي لحالات التوحد والإعاقة العقلية على عينة سورية

ظهر مقياس التشخيص الفارقي لحالات التوحد والإعاقة العقلية في دراسة قامت جبر (2007) على عينة سورية (ن = 210) ، توفرت فيها دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها لقياس وتشخيص خالات التوحد في سوريا ، وقد تألف المقياس من (76) فقرة تغطي الأبعاد التالية :

- التفاعل الاجتماعي
- اللغة والتواصل
- السلوكيات النمطية والاهتمامات غير العادية

(الروسان ،2010)

مقياس تشخيص حالات التوحد

تم بناء هذا المقياس والتحقق من فاعليته في دراسة قامت بها جبر (2007) بهدف الوصول لأداة قياس لتشخيص الأطفال المشتبه بإصابتهم باضطراب طيف التوحد وقد تكون المقياس من (99) فقرة غطت الأبعاد التالية :

- بعد التفاعل الاجتماعي
- بعد السلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة المحددة
- بعد التواصل اللفظي وغير اللفظي
- بعد الاستجابة الحسية
- بعد الاستجابة الانفعالية

الفصل السادس

الدراسات التي اهتمت بتشخيص اضطرابات طيف التوحد

- الدراسات العربية
- الدراسات الأجنبية

الدراسات السابقة

في هذا الفصل سيتم عرض الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بإعداد مقاييس واختبارات وقوائم تهدف للكشف عن اضطرابات طيف التوحد ، بالإضافة إلى الدراسات التي اهتمت بتطوير وتقنين صور من المقاييس الأصلية الخاصة بتشخيص اضطرابات طيف التوحد ، كما سيتم ذكر النقاط المستفادة من هذه الدراسات .

أولا : الدراسات العربية :

دراسة جميل الصمادي (1985)، المملكة الأردنية الهاشمية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تطوير صورة أردنية من قائمة تقدير السلوك التوحدي) ABC) تتوفر فيها دلالات صلاحية وموثوقية ملائمة للبيئة الأردنية، وهدفت أيضاً إلى مقارنة أداء الأطفال الأردنيين التوحديين والأطفال الأمريكيين التوحديين علة تلك القائمة.

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى دلالات صلاحية لهذه القائمة ممثلة بالصلاحية التميزية من خلال قدرتها على التميز بين مجموعة الدراسة الممثلة بفئات (التوحد والاعاقة العقلية) عند مستوى دلالة (α= 0) ، على كل بعد من أبعاد المقياس الخمسة: البعد الحسي ، البعد الاجتماعي ، البعد الجسمي واستعمال الأشياء ، البعد اللغوي ، البعد الاجتماعي والمساعدة الذاتية ، وذلك باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي وشيفيه ، كما توفرت دلالات عن صلاحية المحتوى للصورة الأردنية تمثلت في إجراءات تطوير وإعداد الصورة الأردنية من القائمة ، وتوفرت أيضاً دلالات عن الموثوقية (الثبات) الصورة الأردنية من خلال استخدام معادلة كرونباخ ألفا (ن= 80) وتراوحت معاملات الارتباط ما بين (80٪ -83٪ وأيضاً) باستخدام أسلوب اتفاق المقيمين وقد تراوحت معاملات الثبات ما بين (96.-95.) ويعتبر الطفل لديه توحد إذا حصل على درجة تزيد عن 64 على هذه القائمة

دراسة عبد الفتاح غزال (1997) ، جمهورية مصر العربية

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس تقدير السلوك التوحدي على البيئة المصرية ويتكون المقياس من أربعة أبعاد تمثل المشكلات المرتبطة بالأطفال

التوحديين وهي: مشكلات الاتصال الاجتماعي ، المشكلات الانفعالية ، المشكلات السمعية والبصرية ، مشكلات النشاط الحركي. تم تطبيق المقياس على 20 طفل لديه توحد ، وقام الباحث بوضع طريقة للتصحيح وتم تحديد درجات تتراوح ما بين 0 إلى 4 لكل سؤال من الأسئلة في المقياس .

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى دلالات صلاحية للمقياس تمثلت في صلاحية المحتوى بعد عرضه على مجموعة من المحكمين ، وصلاحية البناء العاملي الذي أشار إلى أن المقياس يتوزع على أربعة عوامل رئيسية تمثل نفس الأبعاد التي يقوم عليها ، كما توفرت دلالات موثوقية للمقياس تمثلت في موثوقية الإعادة والذي بلغ (83.)، كم توفرت دلالات موثوقية بطريقة اتفاق المقيمين وبلغت (86.).

دراسة هدى أمين عبد العزيز (1999) ، جمهورية مصر العربية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة التاريخ الارتقائي للأطفال الذين لديهم توحد للوصول إلى المظاهر الأولية للاضطراب ، ومشاركة الوالدين في عملية تشخيص الطفل ، بالإضافة إلى دراسة الخصائص التي يتصف بها الأطفال الذين لديهم توحد ومعرفة المتغيرات التي لها دلالة في تشخيص التوحد ، وتكونت عينة الدراسة من(34) طفل وطفلة من الأطفال الذين لديهم توحد وأمهاتهم وكذلك 34 طفل وطفلة من العاديين وأمهاتهم ، وقد تم مراعاة تكافؤ المجموعتين في العمر الزمني والجنس وترتيب الطفل داخل الأسرة ودرجة قرابة الوالدين ومستواهم التعليمي ووظائفهم والمنطقة السكنية ، وتم استخدام في هذه الدراسة المعيار التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV ، واستمارة بيانات أولية من إعداد الباحثة ، ومقياس السلوك التكيفي من إعداد فاروق محمد صادق (1985) ، وقائمة تشخيص اضطراب طيف التوحد من إعداد الباحثة ، وقائمة فحص المجال الإدراكي لبرنامج بورتيج للتربية المبكرة \ الصورة المعربة (1993).(غانم ، 2013)

نتائج الدراسة: أشارت الدراسة لوجود مظاهر أولية للتوحد تظهر من خلال الشهور الأولى من الحياة يمكن للأسرة ملاحظتها ومن ثم المسارعة في عرض الطفل على المختصين للحصول على التشخيص المبكر ومن ثم التدخل المبكر ، وجود فروق بين مجموعتي الأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم توحد في النواحي النمائية المختلفة

لمقياس السلوك التكيفي لصالح مجموعة الأطفال العاديين على جميع الأبعاد ، ما عدا بعدي السلوك الشاذ جنسياً وسلوك لا يوثق به حيث لم تظهر فروق بين مجموعتي البحث على هذين البعدين ، وجود فروق بين مجموعتي الأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم توحد على أبعاد قائمة تشخيص التوحد لصالح مجموعة الأطفال الذين لديهم توحد على جميع الأبعاد ، وجود فروق بين مجموعتي الأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم توحد على أبعاد قائمة فحص المجال الادراكي لبرنامج بورتيج لصالح الأطفال العاديين على جميع الأبعاد .

. دراسة سهى نصر ، جمهورية مصر العربية

أجرت نصر (2001) دراسة قامت فيها بإعداد قائمة لتقدير الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين ،وهدفت هذه القائمة إلى التعرف على مظاهر ومستويات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التو حديين، ويظهر ذلك في صورة مؤشرات ملموسة أو سلوكيات للطفل تظهر قدرته على الاتصال اللغوي . وتضمن الاتصال اللغوي خمسة أبعاد أساسية هي : التقليد الانتباه التعرف والفهم التعبير والتسمية وتكونت القائمة من (50) فقرة ،لكل منها أربعة خيارات ،متدرجة من (أ- د) حيث تعطى (أ) ثلاث درجات وتمثل أعلي سلوك اتصالي ،وتعطى (د) صفر وتعنى عدم وجود مقومات الاتصال اللغوي . وقد توفرت دلالات صدق لهذه القائمة ممثلة في صدق المحكمين،والذين أشاروا إلى ان (0,95) من فقرات القائمة تعتبر مناسبة وتصلح لقياس درجة الاتصال اللغوي لدى الأطفال .كما توفر ذوي اضطراب طيف التوحد ت دلالات صدق تمييزي للقائمة، من خلال قدرتها على التمييز بين الأفراد ذوي الدرجات العالية والأفراد ذوي الدرجات المنخفضة على قائمة الاتصال اللغوي . كما توفرت دلالات ثبات للقائمة من خلال حساب الثبات بطريقة الإعادة وقد وجد أن معامل الارتباط يساوي (59,.) وتم أيضا حساب الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وكان معامل الثبات يساوي (92,.)

دراسة عادل محمد ، جمهورية مصر العربية

فقد أجرى (محمد،2002) دراسة هدفت إلى إعداد مقياس الطفل التوحدي لأغراض تشخيصية فقط في البيئة المصرية، وتألف المقياس من (28) فقرة يجاب عليها (بنعم او لا) من جانب الأخصائي أو أحد الوالدين وتم صياغة فقرات المقياس استنادا

إلى المعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة الرابعة (DSM-IV-1994) الصادر عن الجمعية الامريكية للطب النفسي (1994) بالإضافة الى مراجعة التراث السيكولوجي حول ما كتب عن التوحد وقد توفرت في هذا المقياس دلالات عن الصدق تمثلت في صدق المحكمين حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص واخراجه بصورته النهائية، وكذلك توفرت دلالات عن الصدق التلازمي حيث، تم تطبيقه على عينة من الأطفال التوحديين (ن=13)، وإعطاء درجة واحدة للاستجابة بـ (نعم) وصفر للاستجابة بـ (لا) واستخدام المقياس المماثل الذي أعده عبدالرحيم بخيت (1999) لحساب معامل الارتباط، وبلغ معامل الصدق التلازمي (0,86) كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس باستخدام طريقة الإعادة بفاصل زمني مقداره شهر واحد، وبلغت قيمة الثبات (0,91)، وكذلك تم حساب الثبات للاتساق الداخلي للمقياس بدلالة الأداء على الفقرة باستخدام معادلة كيودر ريتشاردسون رقم (21) وقد بلغت قيمة الثبات (0,84)، وتم حساب الثبات بطريقة اتفاق المقيمين وقد بلغت قيمة الثبات (0,93).

دراسة طارش الشمري وزيدان السرطاوي (2002) المملكة العربية السعودية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التحقق من صدق وثبات الصورة العربية من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) والصورة المختصرة التي طورها الباحثان من خلال تقديرات المعلمين ومساعدي المعلمين العاملين في أكاديمية التربية الخاصة وبرامج التوحد الملحقة بمعاهد التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية ،وبلغت عينة الدراسة(105) تلاميذ من الصغار أقل من 12 سنة ، كان منهم 24 طالباً من التوحديين، و 22 طالباً من 44 المتخلفين ذهنياً ، و 26 طالباً من العاديين ، وقد مر تطبيق المقياس بثلاث مراحل ، تمثلت المرحلة الأولى في تطبيق الصورة المختصرة التي طورها الباحثان ، فيما تمثلت الثانية والثالثة في تطبيق المقياس قبل التدريب وبعد التدريب على التوالي .

نتائج الدراسة:

أوضحت الإجراءات المتعددة التي لجأ إليها الباحثان تمتع الصورة العربية والصورة المختصرة للمقياس بدلالات صلاحية مناسبة تمثلت في صدق المحتوى (اتفاق المحكمين) والصدق التمييزي الذي تمثل في التفريق بين التلاميذ التوحديين

والمتخلفين ذهنياً القابلين للتعلم (والصدق العاملي) تمثل دلالات الصدق العاملي بالكشف عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جميع فقرات المقياس وتبين أن هذا العامل مسؤول عن تفسير ما نسبته (78.8.) من التباين ، أما عن دلالات الثبات فقد توفرت دلالات ثبات للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي من خلال ارتباط جميع الفقرات بالبعد الكلي للمقياس إذ تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين(79. 96. -) كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية بلغت قيم معامل الارتباط وفق هذه الطريقة (93.) .

دراسة عبد الحميد سليمان ومحمد عبدالله (2003) المملكة العربية السعودية

فقد أجرا دراسة هدفت إلى إعداد دليل تشخيصي اكلينيكي في السعودية، للتعرف المبكر على الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تتراوح اعمارهم من (شهر – 30 شهر) ، وكذلك الأطفال التوحديين في مرحلة المدرسة الابتدائية من عمر (6-11) سنة تقريبا، حيث قاما الباحثان بتحليل عينة من التراث النظري التخصصي، والدراسات السابقة في مجال التوحد، وتوصلا من خلالها إلى الأبعاد الرئيسة للدليل التشخيصي بقسميه، والتي شملت اربعة أبعاد رئيسة للقسم الأول من المقياس من عمر (شهر – 30 شهر) وهي اضطراب الحركة، والسلوك الحسي، والاستجابة للأشياء والموضوعات والتواصل مع الاخرين، أما القسم الثاني من الدليل فقد تكون من خمسة ابعاد للأعمار (6 – 11) وتمثلت في: اضطراب الحركة، والاستجابة للأشياء والموضوعات واللغة، والاضطراب الانفعالي والعجز الاجتماعي ومن ثم قاما الباحثان بصياغة العبارات التي تنتمي الى كل بعد من الأبعاد، وكان عدد العبارات للقسم الاول من المقياس (49) عبارة، وللقسم الثاني (81) عبارة، وقد توفرت في هذه الدراسة دلالات عن الصدق تمثلت في صدق المحكمين من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين للتأكد من سلامة الصياغة اللغوية وارتباط الفقرة بالابعاد ، ولم تتوفر دلالات صدق أو ثبات اخرى للمقياس.

دراسة نايف الزارع (2003) المملكة العربية السعودية

فقد هدفت الدراسة بناء قائمة تقدير السلوك التوحدي في البيئة السعودية تتوافر بها دلالات الصدق والثبات ، حيث قام ببناء القائمة التي تألفت من (216) فقرة موزعة على (11) بعدا وقد توفرت في هذه الدراسة دلالات عن صدق المحتوى حيث تم عرضها على مجموعة من المحكمين، تكونت القائمة النهائية من (201) فقرة موزعة على (7) ابعاد رئيسة وهي : العناية الذاتية واللغوي والتواصلي والاكاديمي والسلوكي والجسمي والصحي والحسي والاجتماعي والانفعالي، ثم طبقت القائمة على عينة مكونة من(180) طفلا في المملكة العربية السعودية – الرياض- واشتملت العينة على (ن=60) من المعاقين عقليا و (ن=60)توحديين و (ن=60) عاديين ضمن الفئات العمرية من (7-15) وقد تم تحليل البيانات الناتجة عن عملية التطبيق باستخدام تحليل التباين الأحادي والثنائي، لمعرفة الفروق في الأداء على كل بعد من الابعاد السبعة المكونة للقائمة مجتمعة تبعا لمتغيري الحالة العقلية والفئة العمرية، وقد تم التوصل الى دلالات الصدق التمييزي للمقياس من خلال قدرة المقياس على التمييز بين العاديين والتوحديين والمعاقين، عقليا وكذلك قدرة المقياس على التمييز بين الخصائص الخاصة للتوحد تبعا للمستويات العمرية، وقد توفرت دلالات ثبات للمقياس باستخدام طريقة الاتساق الداخلي من خلال استخدام معادلة كرونباخ الفا وقد بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس الكلي (0,99٪) كما توفرت دلالات ثبات للمقياس عن طريق الاعادة من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس في مرتي التطبيق بفارق زمني مقداره اسبوعين لكل بعد على حده، وللمقياس ككل وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي (0,98).

دراسة لينا عويس (2006) في الخليج العربي

هدفت هذه الدراسة إلى بناء وتقنين مقياس لتشخيص حالات التوحد على مستوى منطقة الخليج العربي وقد تألف المقياس من (116) فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي : التفاعل الاجتماعي ،التواصل اللفظي ، وغير اللفظي الجانب المعرفي اللعب التمثيلي والتخيلي والسلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة المحددة .

تكونت عينة الدراسة من (1080) مفحوصا ينتمون لفئات التوحد والإعاقة العقلية والعاديين وقد تم التوصل إلى دلالات صدق للمقياس تمثلت في صدق المحتوى من خلال مراجعة مجموعة من المحكمين للمقياس وإخراجه بصورته النهائية ،كما تم التوصل إلى دلالات للصدق التلازمي (ن=85) من خلال حساب معاملات الارتباط ما بين الأداء على المقياس والأداء على قائمة تقدير السلوك التوحدي التي قام ببنائها الزارع (2003) في البيئة السعودية وقد بلغ معامل الارتباط (0,66) كما تم التوصل إلى دلالات صدق البناء من خلال طريقة التحليل ألعاملي (ن=1080) حيث وجد أن هناك (13)فسرت (72،.) من التباين على فقرات المقياس كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي حسب الحالة العقلية والفئة العمرية والتفاعل بينهما عن طريق تحليل التباين الثنائي عند مستوى دلالة (α = 0,05) كما توفرت دلالات لثبات المقياس من خلال طريقة الإعادة (ن= 35) حيث بلغ معامل الثبات (0,96)وباستخدام كرونباخ ألفا بلغت بالاتساق الداخلي(29,.) وبلغ معامل الثبات أيضا باستخدام طريقة التجزئة النصفية(0,79) كما تم التوصل لمعايير للأداء على المقياس (ن =1080) ملائمة لبيئة الخليج العربي .

دراسة إمام قزاز (2007) في المملكة الأردنية الهاشمية

التي هدفت إلى التحقق من فاعلية مقياس صمم، لتشخيص حالات اضطراب التوحد، وتمييزها عن حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، والحالات العادية في عينة أردنية، وذلك من خلال التوصل الى دلالات صدق وثبات ووصف لمستويات أداء عينة الدراسة على المقياس التشخيصي للسلوك التوحدي في البيئة الاردنية، ولتحقيق ذلك تم بناء المقياس في صورته الأولية ثم عرضه على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص (ن=10) وتم التوصل الى الصورة النهائية والتي تألفت من (60) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة هي: بعد التفاعل الاجتماعي، وبعد التواصل، وبعد السلوكيات والاهتمامات والنشاطات المتكررة والنمطية والمحدودة، وبعد الاضطرابات النمائية في السنوات الثلاث من عمر الطفل، وبعد الاستجابات الحسية والمعرفية، وتكونت عينة الدراسة من (350) مفحوصا موزعين حسب الحالة العقلية والفئة العمرية كما يلي : (150) عاديون ، (82) معاقين عقليا بدرجة متوسطة وشديدة ،

(118) توحديين، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية وتراوحت أعمارهم ما بين (6-17) سنة ضمن ثلاث فئات عمرية هي : (6-9) ، (10-13) ، (14-17) وقد تم التوصل الى دلالات عن صدق المقياس، وذلك من خلال حساب صدق المحتوى كما تم التوصل الى دلالات عن الصدق التلازمي وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على مقياس الدراسة والصورة الأردنية من قائمة تقدير السلوك التوحدي التي طورها الصمادي (1985) حيث، بلغ معامل الارتباط الكلي بينهما (0,886) عند مستوى دلالة الفا (0,01) كما تم التوصل الى دلالات عن صدق البناء للمقياس من خلال أسلوب التحليل العاملي على عينة الدراسة (ن=350) حيث، وجد ان هنالك (3) عوامل تفسر (56,666٪) من التباين في فقرات المقياس كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي للمقياس حسب الحالة العقلية، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية على كل بعد من أبعاد المقياس وعلى الدرجة الكلية تعزى لمتغير الحالة العقلية بينما اشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلال الفا (0,05) بين كل حالتين من الحالات العقلية الثلاث كما توفرت دلالات ثبات لمقياس الدراسة بطريقة اتفاق المقيمين، حيث بلغت قيمة الثبات (0,939) عند مستوى دلالة الفا (0,01) كذلك توفرت دلالات ثبات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة الفا كرونباخ حيث، بلغت قيمة الثبات على المقياس ككل (0,975) وعلى الأبعاد الرئيسة ما بين (0,880- 0,946)، كما توصل الباحث إلى وصف لمستويات أداء عينة الدراسة من خلال تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية ورتب مئينية ورسم الصفحة البيانية الخاصة بمناطق الأداء.

دراسة خولة جبر (2007) الجمهورية العربية السورية

فقد هدفت الباحثة في دراستها إلى بناء مقياس تشخيصي للتوحد على عينة سورية، حيث تألف المقياس من (99) فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي: بعد التفاعل الاجتماعي، وبعد التواصل اللفظي وغير اللفظي، وبعد السلوك النمطي والاهتمامات والنشاطات، وبعد الاستجابة الانفعالية وبعد الاستجابة الحسية وتكونت العينة من (215) مفحوصا موزعين على الحالات العقلية التالية: توحد(ن=68) ، توحد مع إعاقة عقلية (ن=47) و عاديون (ن=100) موزعين على الفئات العمرية التالية: (أقل من

5) سنوات، (أكثر من 12) سنة توفرت للمقياس دلالات عن صدق المحتوى، حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين على فقرات المقياس(79,9٪) كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي بإيجاد معامل الارتباط بين الأداء على المقياس، والاداء على قائمة السلوك التوحدي السورية، وكان معامل الارتباط (0,96) كما استطاع المقياس التمييز بين الحالات العقلية عند مستوى دلالة (α=0,05) كما توفرت دلالات عن الصدق العاملي للمقياس، بحيث أشارت النتائج إلى وجود عامل يفسر معظم الأداء على المقياس كما توفرت دلالات لثبات المقياس بطريقة اتفاق المقيمين (ن=29) بلغ معامل الارتباط ((0,77) أما الثبات باستخدام معادلة الفا كرونباخ (ن=215) كان معامل الارتباط (0,95) كما تم التوصل لدلالات عن فاعلية الفقرات بحساب معامل الارتباط بين الفقرات، والبعد الذي ينتمي اليه وأشارت نتائج الدراسة أن معاملات الارتباط جميعها دالة احصائيا عند مستوى (α=0,05).

دراسة نبيل صلاح حميدان (2007) المملكة العربية السعودية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة والتي تمت بإشراف ورعاية مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بالرياض إلى التعرف على دلالات صدق وثبات الصورة السعودية من مقياس الملف النفس تربوي لتقييم الأطفال الذين لديهم توحد من عمر سنتين ونصف وحتى سن 4 سنوات ، وهو مقياس أدائي يهدف لتحديد مستوى الأداء الحالي للطفل ، تكونت الدراسة من 143 طفلاً لديهم اضطراب التوحد و 20 طفلاً عادياً.

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى دلالات صدق للمقياس تمثلت في الصلاحية التمييزي من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات عينة التوحد ومتوسطات تقديرات عينة العاديين على جميع الاختبارات الفرعية والمركبات وكانت جميع الفروق لصالح العاديين ، وهذا يدل على قدرة الاختبار على التمييز بين المجموعتين بشكل واضح ، وفيما يتعلق بالصدق العاملي فقد أظهر التحليل العاملي للمقياس وجود 20 عاملاً تندرج تحته الفقرات يمكن اختزالها إلى 10 عوامل أساسية تتمثل في الاختبارات الفرعية للمقياس ، وقد وجد أن مجموعة نسب التباين الصدق

العاملي يساوي 24.03 ٪ أي أن العشرة عوامل تفسر 24 ٪ من الظاهرة المراد قياسها ، وفيما يتعلق بصدق المحكمين تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التوحد في المملكة وقد تم إجراء التعديلات المناسبة التي أوصى بها المحكمون على الفقرات ذات العلاقة بالبعد الثقافي للبيئة السعودية. أما دلالات ثبات المقياس فتم إيجاد معاملات ثبا كرونباخ ألفا للاختبارات الفرعية والمركبات وقد تبين أن معاملات الثبات للاختبارات الفرعية تراوحت بين(91 ._ 96.) ومعاملات الثبات للمركبات تراوحت (82.- 89.) (غانم ،2013).

دراسة لانا هارون (2008) المملكة الأردنية الهاشمية

حيث أجرت الباحثة دراسة هدفت إلى تطوير صورة أردنية من قائمة تقييم السلوك التوحدي (ATEC)، والتوصل الى دلالات صدق وثبات القائمة في صورتها الأردنية، وتكونت القائمة من (77) فقرة موزعة على أربعة أبعاد وهي: المهارات اللغوية، المهارات الاجتماعية، المهارات الحسية والمعرفية، المهارات السلوكية والصحية، وتم تطبيق القائمة على عينة الدراسة المكونة من (190) مفحوصا اختيرت بشكل قصدي من مراكز التوحد ومراكز التربية الخاصة، وتم توزيعهم حسب متغير الحالة العقلية والفئة العمرية كما يلي : عاديين (60) مفحوصا، معاقين عقليا (60) مفحوصا و توحديين (70) مفحوصا ضمن الفئات العمرية التالية :(5-7 ، 8- 10 ، 11-13) وتوفرت للمقياس دلالات صدق المحتوى حيث، بلغت نسبة اتفلق المحكمين (85٪) فيما يتعلق بالصياغة اللغوية وبلغت (98٪) فيما يتعلق بمدى ارتباط الفقرة بالبعد، كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي للقائمة بقدرتها على التمييز بين فئات الحالة العقلية، وذلك من خلال تحليل البيانات الناتجة عن تطبيق المقياس (ن=180) باستخدام أسلوب تحليل التباين الثنائي(3χ 3) لمتغيري الحالة العقلية والفئة العمرية، وبحساب المستويات الثلاث ضمن كل متغير وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (α=0.05)في الأداء على كل بعد من الأبعاد الأربعة وللمقياس ككل، والتي تعزى إلى متغير الحالة العقلية بمستوياتها الثلاث، ولم تشر النتائج الى وجود فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير الفئة العمرية، كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي (ن=40) وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأداء على الصورة الأردنية من قائمة

تقييم السلوك التوحدي (ATEC) وبين الأداء على الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي (ABC)، حيث بلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,74) كما توفرت دلالات عن ثبات القائمة بحساب الثبات بالطريقة النصفية(ن=180) وبلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,91) وتراوحت معاملات الارتباط على الأبعاد الأربعة ما بين (0,88 – 0,94) كما توفرت دلالات ثبات بطريقة الاتساق الداخلي من خلال معادلة الفا كرونباخ (ن=180) إذ بلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية(0,98) بينما تراوحت معاملات الارتباط على الابعاد ما بين (0,88 – 0,96) كما تم حساب الثبات بطريقة اتفاق المقيمين (ن=30) حيث بلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,96) وتراوحت معاملات الارتباط على الأبعاد ما بين(0,89-0,94) وجميعها دالة عند مستوى(α=0.05) .

دراسة شوقي غانم (2013) الجمهورية العربية السورية

حيث هدفت الدراسة إلى بناء وتقنين مقياس لتشخيص الأطفال ذوي طيف التوحد للفئة العمرية من (3-6) في مدينتي اللاذقية وطرطوس ، تكون المقياس من 219فقرة فيما تكونت عينة الدراسة من (180) طفلا (60)موزعين على فئات ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية والعاديين بالتساوي .

للتحقق من فاعلية المقياس تم إجراء العديد من التحليلات المنطقية والاحصائية ، فقد تم عرض المقياس على (14) محكما بهدف الوصول للتحليل المنطقي كم تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس (الصدق والثبات) . فقد قدر ثبات المقياس باستخدام طريقة الاختبار واعادة الاختبار حيث بلغ معامل الثبات (.94)،فيما بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (.70) كما تم حساب الثبات وفق معادلة سبيرمان – براون وقد بلغ ثبات المقياس (.91). وفيما يتعلق بالخاصية السيكومترية الثانية للمقياس (الصدق) فقد كانت نسبة الاتفاق بين المحكمين لا تقل عن (.80) . كما توفرت للمقياس دلالات الصدق التميزي من خلال قدرة فقرات المقياس على التمييز بين الفئات الثلاث، حيث دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.05) .

ولوصف مستويات أداء عينة الدراسة على المقياس تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام لأفراد عينة الدراسة (180) على الدرجة الكلية للمقياس وتحويل الدرجات الخام للمقياس ككل الى رتبة مئينية ودرجة تائية تبعا لمتغير الفئة العمرية ، ومن ثم رسم الصفحة وقد تم تحديد منطقة أداء التوحد بثلاث مستويات منخفض متوسط ومرتفع

دراسة جمال المقابلة (2014) المملكة الأردنية الهاشمية

حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من دلالات صدق ، وثبات ، وبالتالي اشتقاق معايير لتقنين الصورة المعربة من مقياس تقدير طيف التوحد (Autism Spectrum Rating Scale ,ASRS)للفئة العمرية (6 – 18) عاما نموذج تقديرات المعلمين، ومقارنتها بالصورة الأصلية للمقياس.

وقد تكونت عينة الدراسة من (488) طفلا، منهم (358) طفلا من الأطفال المشخصين بالإصابة باضطراب طيف التوحد، و(65) طفلا من ذوي الإعاقة العقلية ، و(65) طفلا من الأطفال العاديين ضمن الفئة العمرية (6– 18)عاما ، تم اختيارهم باستخدام الطريقة العشوائية .

تم التحقق من صدق المقياس بعدة طرق، فقد تم حساب صدق المحتوى للمقياس من خلال تقدير نسبة اتفاق المحكمين على سلامة الترجمة و الصياغة اللغوية للفقرات حيث بلغت (95٪). وقد تم التوصل إلى دلالات الصدق التلازمي بعد تطبيق الصورة الأردنية (مقياس تقدير طيف التوحد) والصورة المعربة من (قائمة تقدير السلوك التوحدي) على (30) طفلا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن ثم حساب معامل الارتباط بين الأداء على المقياسين حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (0,645). وكذلك حساب معامل الارتباط بين الأداء على (مقياس تقدير طيف التوحد) والصورة المعربة من (مقياس جليام لتقدير التوحد ،) التي طورها (AL-Jabery) عام (2008) على (30) طفلا حيث بلغ معامل الارتباط بين أداء الأطفال على المقياسين (0,60) .

كما تم التوصل إلى دلالات صدق البناء للمقياس بإتباع أسلوب التحليل العاملي على عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ن = 358)

حيث وجد أن هناك ثلاثة عوامل تفسر ما نسبة (35,231 ٪) من التباين بين فقرات المقياس . وتوفر للمقياس أيضا دلالات الصدق التميزي حسب متغير الحالة التصنيفية (الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، والأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، والأطفال العاديين) وذلك عن طريق استخدام تحليل التباين الأحادي بدلالات اختلاف المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام عند مستوى الدلالة (α=0.01). حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلاله إحصائية على كل مجال من مجالات المقياس وعلى الدرجة الكلية تعزى لمتغير الحالة التصنيفية، كما أشارت نتائج اختبار شيفية للمقارنات ألبعديه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0.01) بين كل حالتين من الحالات التصنيفية الثلاث.

وقد استخدمت العديد من الأساليب الإحصائية بهدف التوصل إلى دلالات ثبات مقبولة للمقياس ، فقد تم حساب ثبات المقياس بطريقة اتفاق المقيمين وثبات الإعادة والاتساق الداخلي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون لثبات المقيمين على تشخيص الطفل الواحد (0,99) على الدرجة الكلية للمقياس . وبلغ ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار بفاصل زمني مدة 14 يوما (0,85)، وتم أيضا حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0,72) وتوفر للمقياس دلالات ثبات بطريقة كرونباخ الفا ، حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0,89) .

وللتوصل إلى معايير تقنين الأداء على المقياس تم حساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للدرجات الخام للفئة العمرية (6 – 11) حيث (ن = 205) و الفئة العمرية (12– 18) حيث (ن = 153)على الأبعاد المختلفة والدرجة الكلية لكل مقياس ثم حساب الرتب المئينية والدرجات التائية المناظرة للدرجات الخام .

ولدى مقارنة الصورة المعربة من مقياس تقدير طيف التوحد مع الصورة الأصلية للمقياس ، وجد أن كلا من عدد الفقرات ، وعدد المجالات بقي متساويا بينهما ، وبقيت أيضا الرتب المئينية التي تصنف شدة اضطراب طيف التوحد لدى الطفل المصاب وهي (98 – 99 وتعني درجة مرتفعة جدا من اضطراب التوحد) ، و (93 –97

وتعني مرتفع)، و(84 – 92 وتعني مرتفع قليلا) ، و (14 – 83 وتعني متوسط). فيما كان هناك اختلاف بين الدرجات الخام المقابلة لدرجات القطع للرتب المئينية ، ويعزى هذا الاختلاف إلى الفرق في حجم العينتين الأردنية والأمريكية حيث كان عدد أفراد العينة الأمريكية (960) طفلا ، فيما كانت عدد أفراد العينة الأردنية (358) طفلا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

دراسة علي العلوان (2014) المملكة الأردنية الهاشمية

حيث هدفت الدراسة إلى اشتقاق معايير تقنين أداء على الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC-3) للفئة العمرية من (2–13) سنة ومقارنتها بالمعايير الأمريكية للمقياس، وذلك من خلال التوصل إلى دلالات صدق وثبات ووصف لمستويات أداء عينة الدراسة على المقياس في البيئة الأردنية على مستوى الأقاليم الثلاث (شمال، وسط، جنوب)، وتكونت عينة الدراسة من (385) مفحوصا ضمن فئة التوحد وللفئة العمرية من (2–13) سنة ضمن فئتين عمريتين (2–6) سنة و (7–13) سنة، و(60) طفلا من ذوي الإعاقة العقلية، و (60) طفلا من الأفراد العاديين، ضمن الفئة العمرية (2 – 13) سنة، وتم اختيارهم باستخدام طريقة العينة المتاحة وتم التوصل إلى دلالات صدق المقياس ، وذلك من خلال حساب صدق المحتوى، حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين على سلامة الترجمة وسلامة البناء اللغوي(70٪ – 100٪)، كما تم التوصل إلى دلالات الصدق التلازمي، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على مقياس الدراسة (قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة) والصورة الأردنية من مقياس جليام (GARS-2) التي طورها (Aljabery,2008) لتلاءم البيئة الأردنية، حيث بلغ معامل ارتباط (0,73) عند مستوى دلالة (α=0.01).

كما تم التوصل إلى دلالات عن صدق البناء للمقياس من خلال استخدام التحليل العاملي على عينة الدراسة (385)،حيث كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد تشبعت به جميع الفقرات تبين إن هذا العامل مسئول عن تفسير ما نسبته (60٪) من التباين، كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي للمقياس حسب

الحالة العقلية، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام تبعا للحالة العقلية، وتم التحقق من وجود فروق في الأداء على الدرجة الكلية للمقياس ، تبعا لمتغير الحالة العقلية من خلال تحليل التباين الاحادي (ANOVA)، وأشارت نتائج اختبار (شيفية) للمقارنات البعدية الى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (α=0.05) بين كل حالتين من الحالات العقلية الثلاث (التوحد، الإعاقة العقلية، العاديون).

كما توفرت دلالات ثبات لمقياس الدراسة بطريقة الاختبار واعادة الاختبار، حيث بلغت قيمة الثبات (0,817) عند مستوى دلالة (α=0.01)، وتوفرت كذلك دلالات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا، حيث بلغت قيمة الثبات للفئتين العمريتين (0 ,84) و (0,82) على التوالي، وبلغت قيمة الثبات للفئتين العمريتين من خلال التجزئة النصفية (0,715) و (0,752) على التوالي، وتوفرت كذلك دلالات ثبات بطريقة اتفاق المقيمين حيث بلغت قيمة الثبات (0,838) عند مستوى دلالة (α=0.01)

ولوصف مستويات أداء عينة الدراسة على المقياس تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام لأفراد عينة الدراسة (385) على الدرجة الكلية للمقياس وتحويل الدرجات الخام للمقياس ككل الى رتبة مئينية ودرجة تائية تبعا لمتغير الفئة العمرية ، ومن ثم رسم الصفحة البيانية الخاصة بمناطق الأداء المتوقعة للفئتين العمريتين

ثانيا: الدراسات الأجنبية:

دراسة روتينبرغ Ruttenberg **و كاليش** Kalish **و ويرنر** WERNER **و وولف** Wolf (1977 **الولايات المتحدة الأمريكية**).

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تطوير أداة تقدير سلوك الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وغير الأسوياء ، وتتألف هذه الأداة من ثمانية أبعاد هي: العلاقات مع الآخرين ، التواصل مع الاقران والكبار ، النمو النفسي البيولوجي ، الاستجابة الاجتماعية ، الحركات الجسمية ، استقبال الكلام والأصوات ، اللغة اللفظية

التعبيرية ، إتقان المهارات العملية ، حيث يقوم الفاحص بمراقبة الطفل ضمن بيئة أسرية طبيعية حيث يتوفر لكل بعد من أبعاد الأداة سلم تقديري متدرج من 10 درجات .

نتائج الدراسة: توفرت للأداة دلالات صلاحية تمثلت في صلاحية البناء من خلال التحليل العاملي حيث كان عدد العوامل التي أعطت قيمة تمييزية تشخيصية هو عامل واحد تمثل في ضعف التفاعل الاجتماعي المتبادل ، بالإضافة إلى فشل عامل واحد في التمييز بين

المجموعات المتباينة التي أجريت عليها الدراسة وهي: التوحد ، فصام الطفولة ، الحبسة الكلامية ، الإعاقة الذهنية. وقد ت ا روحت معاملات الارتباط بين درجات الأداء على الأبعاد الفرعية ما بين الابعاد التي يتكون منه المقياس ما بين (86. - 54.) .

دراسة فريمان Freeman و ريتفو Ritvo و كاثري Guthrie و سكروث Schroth و بول (1978)الولايات المتحدة الأمريكية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى بناء مقياس الملاحظة السلوكية لاضطراب طيف التوحد (BOS) بهدف التمييز بين الأطفال الذين لديهم توحد والمعوقين ذهنياً والعاديين ، وتحديد مستويات اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (88) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (23 – 73) شهر.

نتائج الدراسة: توفرت للمقياس دلالات صلاحية بناء من خلال أسلوب التحليل العاملي لكل مجموعة على حدة ، كما أشارت النتائج إلى أن هذا المقياس قادر بشكل فاعل على التمييز بين مجموعات الدراسة .

دراسة كروج Krug و إريك Arick و ألموند Almond(1980) الولايات المتحدة الأمريكية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى إعداد قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) ، وتهدف هذه القائمة إلى التعرف على مظاهر السلوك التوحدي ، وتتألف من 24 فقرة موزعة على الأبعاد الخمسة التالية: البعد الحسي ، البعد الاجتماعي ، البعد الجسمي واستعمال الأشياء ، البعد اللغوي ، البعد الاجتماعي والمساعدة الذاتية .

نتائج الدراسة: توفرت لهذه القائمة دلالات صلاحية تمثلت في صلاحية المحتوى من خلال مراجعة المحكمين للقائمة وإخراجها بالصورة النهائية ، كما توفرت دلالات الصلاحية التمييزي من خلال قدرة القائمة على التمييز بين الفئات المشمولة في العينة وهي التوحد ، الإعاقة الذهنية الشديدة ، الاضطرابات الانفعالية ، الصم ، المكفوفون ، العاديون. كما توفرت دلالات ثبات للقائمة من خلال طريقة اتفاق المقيمين حيث بلغ معامل الثبات (95.) وتوفرت دلالات ثبات باستخدام الطريقة النصفية حيث بلغ معامل الثبات (94.) .

دراسة سكوبلر(Schopler) و ريشلر Rechler و رونر Runner(1988) الولايات المتحدة الأمريكية :

والتي هدفت لتطوير نسخة معدلة من مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood) Autism Rating Scale,(CARS)) الذي صمم عام 1980 في الولايات المتحدة الأمريكية . ويهدف المقياس إلى التعرف على الأطفال التوحديين ، والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة والمعوقين عقليا. كما يهدف إلى تحديد درجة إصابة الطفل بالتوحد . بسيط ، متوسط أو شديد . ويتألف المقياس من (15) فقرة تتدرج الإجابة عليه من(4-1) مع وجود درجات بينية (3,5 - 2,5 - 1,5) وتشير التقديرات تسلسليا للمستويات التالية : (عادي - بسيط - متوسط - شديد)و توفرت دلالات صدق لهذا المقياس تمثلت بالصدق التلازمي مع التقديرات الإكلينيكية ، وكان معامل الارتباط ((84.) وصدق تلازمي مع تقديرات الوالدين والمعلومات المستقاة من ملف الطالب والمقابلات غير المنظمة مع الأطفال حيث كان معامل الارتباط (80.) كما توفر صدق تلازمي مع تقديرات الوالدين أثناء التشخيص بمعامل ارتباط (82.) . وقد تم تقدير ثبات الاختبار بعدة طرق منها الاتساق الداخلي وكان معامل الارتباط (94.) ، وأيضا طريقة اتفاق المقيمين وكان معامل الارتباط (71.) أما درجات التي تحدد تشخيص الحالة كانت على النحو التالي : (1,5 - 29,5) غير توحدي ، (30 - 36,5) توحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة (37- 60) توحد بدرجة شديدة .

دراسة كوهين ، الين وجيلبرغ (Cohen, Allen & Gillberg, 1992) في المملكة المتحدة

الذين اجروا دراسة هدفت إلى بناء أداة كشفية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغار بعمر (18) شهرا(The Checklist for Autism in Toddlers , (CHAT) ، تركز على المؤشرات المبكرة الدالة على وجود التوحد لدى الأطفال في ذلك العمر . وتكونت هذه الأداة من (9) أسئلة تتم الإجابة عليها ب (نعم ، لا) ، و(5) فقرات تمثل مواقف يضع الفاحص الطفل فيها . وقد اشتملت عينة الدراسة على (41) طفلا ، لديهم استعداد وراثي عالي لتطوير اضطراب توحد ، و(50) طفلا توحديين تم اختيارهم بشكل عشوائي . وتوزعت فقرات وأسئلة الأداة على عدة أبعاد هي : ضعف القدرة على اللعب الاجتماعي مع الأقران ، ضعف القدرة على الإشارة إلى الأشياء ،ضعف القدرة على اللعب التخيلي ، وضعف الاهتمام اثناء التفاعل الاجتماعي . حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أنه يمكن ملاحظة الدلالات المبكرة التي تعطي إشارة باحتمالية ظهور التوحد مستقبلا من خلال ملاحظة خاصيتين أو اكثر في عمر (18) شهر . كما اظهرت الأداة قدرة على الصدق التنبؤي من خلال بعض الحالات التي شخصت على عمر (30) شهرا بانها حالات توحد ، وكانت قد اظهرت سابقا في عمر (18) شهرا مؤشرات توحدية مبكرة على هذا المقياس .

دراسة ايفانز وميلنر (Evans & Milner, 1993) في الولايات المتحدة الأمريكية0

وذلك بهدف فحص طبيعة العلاقة ما بين أداتين واسعتي الاستخدام هما (ABC) و (CARS)، وإيجاد معامل الصدق التلازمي بينهما، وقد اشتملت عينة الدراسة على (77) فردا، شخص (48) منهم على أنهم توحديون بناء على السجلات الخاصة بهم، بينما المفحوصين الآخرين أوضحت سجلاتهم بأنهم من المشتبه أن لديهم اضطراب توحد،وتراوحت درجات الارتباط بين هاتين الأداتين (0,16 – 0,73)، وبلغ معامل الصدق التلازمي ما بين الدرجات الكلية على الأداتين (0,67)، وأشارت النتائج إلى ان مقياس (CARS) تمكن من التعرف على (98٪) من الحالات التي شخصت على أنها توحد، بينما استطاع ان يحدد (69٪) من الحالات التي اشتبه أن لديها توحد، بينما استطاعت قائمة (ABC) التعرف على (88٪) من الحالات التي شخصت على أنها

توحد، بينما نجحت في تحديد (48٪) من الحالات التي يشتبه بأنها توحد، مما يدل على فعالية الأداتين في تشخيص حالات التوحد وشبه التوحد.

دراسة جليام (Gilliam ,1995) في الولايات المتحدة الأمريكية

فقد اجرى جليام دراسة هدفت إلى تطوير مقياس لتشخيص التوحد والاضطرابات السلوكية الحادة 0 وقد سمي بمقياس جليام لتقدير اضطراب التوحد (Gilliam Autism Rating Scale,GARS) . وقد أعتمد الأساس النظري في بناء هذا المقياس من محكات التشخيص الواردة في (DSM-IV)، حيث جرى تطبيق المقياس على عينة مكونة من (1092) طفلا توحديا تتراوح أعمارهم من (3 – 22) سنة . وتالف المقياس من (4) أبعاد وهي التفاعل الاجتماعي وعدد فقراته (14) ، التواصل وعدد فقراته (14) ،السلوك النمطي وعدد فقراته (14) ، الاضطرابات خلال الثلاث سنوات الأولى وعدد فقراته (14) .و توفرت دلالات صدق وثبات للمقياس من خلال صدق البناء من خلال التحليل العاملي ، كما توفرت دلالات صدق تلازمي لهذه الأداة مع قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) وكان معامل الارتباط بينهما (92.) . كما توفرت دلالات ثبات للمقياس بطريقة الفا كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي حيث بلغ معامل الثبات (90.) لبعد السلوك النمطي و (89.) لبعد التواصل ، و (88.) لبعد الاضطرابات ، و (93.) لبعد التفاعلات الاجتماعية . كما تم اشتقاق معايير لأداء عينة التقنين حيث تفسر دراجات المفحوص على النحو التالي (131) درجة فما فوق توحد شديد جدا ، (130 – 121) درجة توحد شديد ، (120 – 111) درجة توحد فوق المتوسط . (110 – 90) درجة توحد متوسط أما الدرجات (89 – 80) فتشير إلى توحد دون المتوسط ، و الدرجات (79 – 70) تشير إلى توحد بسيط . واخيرا فأن الدرجات اذا كانت (69) فما دون فتشير إلى توحد بسيط جدا .

دراسة ديالافور ،لورد وروتر(Dialavore, Lord & Rutter, 1995) في الولايات المتحدة الأمريكية

فقد كانت هذه الدراسة تهدف إلى فحص دلالات الثبات لأداة جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد ما قبل اللغوي (The Pre-Linguistic Autism Diagnostic

(Observational Schedule,PL-ADOS) والتي طورها ديالافور ولورد وروتر كأداة ملاحظة شبة منظمة، لتشخيص التوحد لدى الأطفال الذين لا يستخدمون الجمل اللغوية والمحتمل إصابتهم بالتوحد على نفس معايير أداة (ADOS) الأصلية ، والتي تعمل على تشخيص التوحد لدى الاطفال ، وقد عملت الدراسة على استخراج الثبات للأداة باستخدام طريقة اتفاق المقيمين ، حيث كانت معاملات الارتباط عالية ، كذلك توفرت دلالات صدق تمييزي للمقياس (ن=63) . وتم تصوير جميع الحالات باستخدام الفيديو ، وكانت درجات التقدير كافية للتمييز بين فئات عينة الدراسة . كما كان الحساب الرمزي التشخيصي مرتبطا بشكل كاف للدلالة على معايير التشخيص ، والتي تم بناء الأساس النظري عليها وهي : الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) الصادر عام (1994) ، والتصنيف العالمي العاشر للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام (1992) ، مما يدل على صدق محتوى الأداة .

دراسة بولت وبوستكا (Bolte & Poustka,2004) في جمهورية ألمانيا الاتحادية

فقد أجريت هذه الدراسة للتحقق من الخصائص السيكومترية، لمقياس جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS) ليلاءم البيئة الألمانية ، وقد أشارت النتائج الى توفر دلالات صدق للمقياس تمثلت في دلالات الصدق التلازمي مع مقياس المقابلة التشخيصية لاضطراب التوحد – المنقح (ADI-R) حيث بلغ معامل الارتباط (0.79) ، وتراوحت معاملات الارتباط بين الابعاد الفرعية للمقياسين ما بين (0.31–0.45) ، ودرجة التجانس ما بين أداتي التطبيق كانت (0.77) وكانت درجة دقة المقياس (ADOS) تبلغ (0.490) ، والقدرة التمييزية (0.481) ما بين التوحد الكلاسيكي واضطرابات طيف التوحد الأخرى . وتوفرت كذلك دلالات ثبات للمقياس تمثلت في ثبات الاتساق الداخلي على بعدي التواصل والتفاعل الاجتماعي التي تراوحت ما بين (0.78–0.89).

دراسة ونغ ، هيو ، لي، ليونغ، فنغ، جنغ (Wong, Hui, Lee, Leung, Lau, Fung,& Chung, 2004) في الصين

ففي الصين فقد أجرت هذه الدراسة بهدف تطوير قائمة التوحديين الصغار (الدرج) (CHAT-23) وتقنينها على عينة صينية ، وهذه الصورة مبينة على النسخة

الأمريكية لهذه الأداة والتي تدعى باسم (M-CHAT) وتهدف الصورة الصينية المعدلة إلى تحديد وتشخيص الأطفال التوحديين ضمن الفئة العمرية من (18 شهر -24 شهر) وقد تكونت عينة الدراسة من (212) طفلا تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى (ن=86) وتكونت من أطفال توحديين وأطفال لديهم اضطرابات نمائية ، أما المجموعة الثانية فقد تكونت من (ن=125) طفل غير توحدي . وقد تكونت الأداة من قسمين ، القسم الأول تكون من (23) سولا ، يقوم الأهل أو المقربون من الطفل بالإجابة عليه، اما القسم الثاني فيتكون من (5) أسئلة تمثل مواقف ملاحظة مباشرة للطفل من قبل الفاحص . وقد تم عمل تحليل عاملي تمييزي لتحديد الأسئلة التي تميز اضطراب التوحد بالشكل الأفضل ، وقد توصلت الدراسة إلى تحديد (7) أسئلة في القائمة اعتبرت الأكثر قدرة على تمييز هذا الاضطراب ، وركزت هذه الأسئلة على الأمور التالية : القدرة على جذب انتباه الطفل ، اللعب التخيلي ، العلاقات الاجتماعية . وقد أشارت النتائج إلى أن فشل الطفل على فقرتين من الفقرات السبعة المفتاحيه أو فشلة على أي (6) فقرات من الفقرات الثلاث والعشرين أو أي فشل على أي فقرتين من فقرات الملاحظة المباشرة، يمكن أن يشير إلى إمكانية عالية لدى الطفل لتطوير اضطراب التوحد . وقد أشارت الدراسة إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات على هذه القائمة

دراسة الجابري (Aljabery,2008) في الولايات المتحدة الأمريكية

حيث أجرى الجابري (Aljabery,2008) دراسة هدفت إلى تطوير صورة أردنية من مقياس(Gilliam Autism Rating Scale, GARS- 2) وقد تكونت عينة الدراسة من (100) طفل للفئة العمرية(2 – 13) مقسمين إلى (50) طفل توحد و(50) طفل من ذوي الإعاقة العقلية ، وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للصورة المعربة من المقياس بطرق متنوعة مثل التحقق من مدى المطابقة بين الصورة المترجمة والمقياس بصورته الأصلية من خلال قيام أكثر من مترجم بترجمة المقياس حيث بلغت نسبة الاتفاق بين المترجمين 100٪ مما يعني أن الصورة المترجمة تطابق تماما الصورة الأصلية وكذلك صدق المحتوى وصدق البناء كما تم التحقق من ثبات الاختبار ممثلا بثبات الاتساق الداخلي وقد تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس من خلال حساب قيمة معامل الارتباط بين مقياس (ABC) و (GARS- 2) حيث كان الارتباط ذو دلالة

إحصائية ، وقد تم التحقق من صدق البناء من خلال استخدام اختبار T.TESTلمعرفة دلالة الاختلاف في متوسطات أداء الأطفال التوحديين و ذوي الإعاقة العقلية على فقرات المقياس حيث أظهرت نتائج الاختبار إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية في مما يعني قدرته على التميز بين الأطفال التوحديين وذوي الإعاقة العقلية ، وقد تم التحقق من ثبات الاختبار باستخدام طريقة الاتساق الداخلي ممثلة بطريقة كرونباخ الفا والتجزئة النصفية وقد أظهرت النتائج تمتع المقياس بدلالات ثبات عالية، مما يعني قابلية استخدام الصورة المعربة من مقياس جليام في تشخيص اضطرابات التوحد في الأردن .

دراسة كروج ، اريك والموند (Krug, Arick, Almond,2008) **في الولايات المتحدة الأمريكية .**

حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقنين قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC-3) وتكونت الأداة من (47) فقرة، وللفئة العمرية من (2 – 13:11) سنة تكون الإجابة عليها بـــ (نعم، لا)، وتكونت عينة الدراسة من (386) فردا من الأطفال المشخصين باضطراب التوحد، واعتمد الأساس النظري في بناء المقياس على المعايير الواردة في(DSM-IV-TR-2000) ومعايير كل من (1958) Kanner،Creak(1964)، Lotter(1974) ،Lovaas(1973) ، Ruttenberg, Wenar(1966) ,Rimland(1964) والدراسات التي اجريت على فئة التوحد من (40) سنة وحتى تاريخ إجراء، وتوفرت للمقياس دلالات عن الصدق التلازمي من خلال إيجاد معامل الارتباط بين الأداء على المقياس والأداء على مقياس (GARS-2)، وكان معامل الارتباط (0,64) وعلى مقياس (PEP-3) كان معامل الارتباط يتراوح من (0,41 – 0,67)، وكما توفرت للمقياس دلالات ثبات بطريق الفا كرونباخ وكان معامل الثبات (0,88) وبطريقة الإعادة وكان معامل الثبات (0,99) وتم حساب الرتب المئينية والدرجات المعيارية للعلامات الخام وللفئتين العمريتين (2 – 6:11) سنة، و(7 – 13:11) سنة.

دراسة جولدستين ونيجليري (Goldstein and Naglieri , 2009) **في الولايات المتحدة الأمريكية .**

وفي الولايات المتحدة الأمريكية أجرى دراسة هدفت إلى بناء وتقنين مقاييس تقدير طيف التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية . وتعتبر هذه المقاييس من المقاييس

الحديثة والشاملة لأطياف التوحد والتي تغطي المدى العمري من (18 - 2) ويكتسب أهمية أيضا من كبر حجم عينة التقنين البالغ عددها 2056طفلا وقد راعى الباحث في اختيار العينة التوزيع الجغرافي والتباين العرقي واللغوي والعمري والجنس لمجتمع التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية ، تقسم مقاييس تقدير طيف التوحد تبعا للمتغير العمري قسمين: الأول يغطي الفئة العمرية (5- 2) سنوات والثاني للفئة العمرية من (18 -6) وقسم كل واحد منهما إلى قسمين ، الأول مقياس تقدير طيف التوحد تقديرات المعلمين والثاني مقياس تقدير طيف التوحد تقديرات الآباء ، بالإضافة إلى صورة مختصرة عن كل نموذج .

تم تقدير ثبات الاختبار بعدة طرق منها الاتساق الداخلي حيث حسب الثبات بطريقة كروينباخ ألفا وتراوحت درجات تقديرات المعلمين لفروع المقياس ما بين (77. - 97.) وتم حساب الثبات عن طريق الاختبار وإعادة الاختبار وكانت درجة الثبات للمقاييس الفرعية من (78. - 92.) ،كما تم تقدير ثبات المقيمين لأبعاد المقياس المختلفة وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن فروع المقياس المختلفة تتمتع بدرجات ثبات ذات دلالة إحصائية جيدة تراوحت ما بين (73.- 92.) لقد تم التحقق من صدق مقاييس تقدير طيف التوحد ASRS من خلال تقدير صدق المحتوى وصدق البناء والصدق المرتبط بمحك فقد تم حساب الصدق المحكي من خلال تقدير معامل الارتباط بين مقياس جليام GARS ومقاييس تقدير طيف التوحد ASRS تراوحت معاملات الارتباط ما بين(83 . - 70 .) لنماذج المقياس الأربعة . كما تم حساب معامل الارتباط بين مقياس مقياس جليام لتقدير اضطراب اسبيرجر(GADS) و تم حساب الصدق المحكي ما بين مقياس CARS وASRS وتراوحت قيم معامل الارتباط المقدرة ما بين (60.– 40.) . كما توفر للمقياس صدق البناء باستخدام التحليل العاملي من خلال تقدير الارتباط بين كل فقرة والمجال الذي وضعت به . وكذلك حساب القدرة التميزية لكل فقرة .

كما تم التحقق من صدق المحتوى للمقياس من خلال اعتماد الباحثين في إعداد فقرات المقياس على محكات تشخيص التوحد الواردة في (DSM – IV , V and ICD 10)

إذ أن بناء الفقرات مشتق من مجالات الضعف التي يعاني منها الطفل التوحدي مثل التفاعل الاجتماعي والسلوك النمطي والتواصل .

دراسة جليام وجيمس (Gilliam & James , 2014) في الولايات المتحدة الأمريكية

فقد هدفت هذه إلى تقنين العدد الثالث من مقياس جليام (Gilliam Autism Rating Scale , Edition , 3 GARS- 3) وقد بلغت عينة التقنين التي طبقت شملتها الدراسة 1859 طفلا ضمن المدى العمري (2 – 23) عاما اختيرت بعناية لتمثل المجتمع الأمريكي يأخذ بعين الاعتبار التباين العرقي والديني والجغرافي . وقد تكون المقياس من 56 فقرة تنطبق انطباقا تاما على سلوكيات الأطفال التي حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5 , 2013) وقد وزعت الفقرات على ستة مقاييس فرعية وهي السلوكيات المحددة والمتكررة ، التفاعل الاجتماعي ، التواصل الاجتماعي ، الاستجابات الانفعالية ، النمط المعرفي . وقد توفرت للمقياس دلالات صدق وثبات مقبولة تم التحقق منها بأكثر من أسلوب إحصائي كما تم اشتقاق معايير تقنين بدلالة أداء عينة التقنين على فقرات المقياس وتمثلت هذه المعايير بالدرجات التائية والرتب المئينية . فقد تم تقدير ثبات المقياس باستخدام طريقة الاتساق الداخلي حيث بلغ معامل الثبات(0,85) كما تم حساب الثبات بطريقة ثبات الإعادة وكانت درجة الثبات المقدرة (0,80) للمقاييس الفرعية و (0,90) للمقياس الكلي. وتوفر للمقياس دلالات صدق حيث تم حساب الصدق التميزي وقد أظهرت فقرات المقياس قدرة عالية على تمييز الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد عن غيرهم من الأطفال العادين أو فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى، وتوفر للمقياس أيضا دلالات الصدق البنائي فقد تم اختيار فقرات المقياس انطلاقا من محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس وكذلك الصدق العاملي .

ويلاحظ أيضا اعتماد الدراسات السابقة على المحكات الواردة في المراجعات المتتالية للدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية (DSM) والمحكات الواردة أيضا في المراجعات المتتالية للدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD) كان واضحا في بناء مقاييس تشخيص اضطراب التوحد ومن ذلك دراسة محمد (2002) ، ودراسة

عويس (2006)، و دراسة قزاز (2007) ، دراسة جليام (Gilliam ,1995) دراسة (Lord et al , 2000) .

وقد اعتمدت بعض الدراسات على مقياس قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) كمحك في احتساب الصدق التلازمي مثل مقياس (GARS) في دراسة جليام (Gilliam , 1995) ، والصورة الأردنية من مقياس Autism Treatment Evaluations (Checklist , ATEC) في دراسة (هارون , 2008) ، ودراسة الجابري Al Jabery ,2008) مقياس (Autism Spectrum Rating Scale , ASRS) ، وفي دراسة جولدستين ونجيليري (Goldstein and Naglieri , 2009) ، اما في الدراسة الحالية فقد اعتمد الباحث على مقياسين للتوصل للصدق التلازمي وهما مقياس تقدير السلوك التوحدي (ABC) والذي طوره الصمادي عام 1985، ومقياس جليام لتقدير التوحد (GARS - 2) الذي طوره (Al Jabery ، 2008) .

اتفقت معظم الدراسات في بنائها للمقاييس التشخيصية لاضطرابات طيف التوحد على أبعاد أساسية محددة ، كانت بمثابة القاسم المشترك لهذه المقاييس وتمثلت هذه الإبعاد في مجالات التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، والسلوكيات غير العادية (النمطية) كما في دراسة الزارع (2003) ودراسة جليام (GILLIAM ,1995) .

وقد استخدمت بعض الدراسات الرتب المئينية والعلامة التائية لتحديد علامات القطع الدالة على درجة التوحد لدى الأطفال مثل مقياس (ASRS) وبعضها استخدم (Z – SCORE) والرتب المئينية مثل دراسة (قزاز , 2007) .

أن بعض الدراسات استخدمت العلامات المعيارية والرتب المئينية للدلالة على احتمالية التوحد لدى الطفل مثل مقياس (ABC,3) ومقياس (GARS) في حين استخدمت دراسات أخرى هذه العلامات لتحديد درجة التوحد لدى الطفل حيث تدرج التصنيف من منخفض إلى مرتفع جدا مثل مقياس (ASRS)

بعض الدراسات صنفت الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد إلى فئتين وهما الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء المرتفع (High Function Autism) و الأطفال ذوي الأداء المنخفض (lowFunction Autism) في المقابل أشارت

بعض الدراسات إلى أن اضطرابات طيف التوحد تأخذ مستويات عدة تبدأ بالمنخفض فالمتوسط ثم المرتفع فالمرتفع جدا .

أعتمد بعض الباحثين على المعايير الواردة في الادلة التشخيصية الإحصائية الامريكية للأمراض العقلية في إجراء دراساتهم وبناء الاختبارات والمقاييس لتشخيص اضطراب التوحد كما في الدراسات العربية مثل دراسة (محمد،2002) ، ودراسة (عويس.2006) وبعض الدراسة الاجنبية مثل دراسة جليام (Gilliam,1995) والتي طور من خلالها مقياس (GARS-2) ودراسة ديالافور ،لورد وروتر(Dialavore, Lord & Rutter, 1995) والتي طور من خلالها مقياس (PL-ADOS) ودراسة كروج، اريك والموند (Krug. Arick, Almond,2008) والتي طور من خلالها مقياس (ABC-3) .

وقدمت جميع الدراسات السابقة دلالات صدق وثبات للمقاييس التي تم بناؤها أو تطويرها، وقدمت بعض هذه الدراسات معايير مقننة تعكس أداء الأطفال التوحديين على المقاييس التي تم بناؤها أو تطويرها مثل دراسة ودراسة كروج، اريك والموند) (Krug. Arick, Almond,2008 والتي طور من خلالها مقياس (ABC-3) دراسة جليام (Gilliam,1995) ودراسة (Schopler ,Rechler & Runner,1988)

واتفقت معظم الدراسات السابقة على أبعاد أساسية في بناء المقاييس لتشخيص اضطراب التوحد وهذه الأبعاد هي : التفاعل الاجتماعي، السلوكيات النمطية، مهارات التواصل، الاستجابات الحسية والمعرفية وظهر ذلك من خلال دراسة (الزارع،2003) ودراسة جليام(Gilliam,1995) .

بالإضافة إلى ذلك ركزت بعض الدراسات العربية والأجنبية على تطوير صور من مقاييس عالمية على بيئات مختلفة مثل دراسة الصمادي (Smadi,1985) على البيئة الأردنية ودراسة (الشمري ،السرطاوي ،2002) على البيئة السعودية ودراسة (غزال،1997) على البيئة المصرية ودراسة بولت وبوستكا (Bolte & Poustka,2004) على البيئة الألمانية ودراسة (المقابلة، 2014) على البيئة الأردنية .

الفصل السابع
التدخل العلاجي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

- مقدمة
- تعريف التدخل المبكر
- أهمية التدخل المبكر
- أنواع التدخلات
  - أساليب التدخل النفسي
  - أساليب التدخل السلوكي
  - أساليب التدخل التعليمي
  - أساليب التدخل الطبي
  - أساليب العلاج بالفيتامينات
  - أساليب تدخل أخرى
- البرنامج التربوي الفردي
- مقومات البرنامج التربوي الفعال للطفل ذي اضطراب طيف التوحد

التدخل المبكر

مقدمة

كانت للنسبة المتزايدة من الأطفال الذين تعرضوا للإعاقة قبل مرحلة المدرسة اكبر الأثر في ارتفاع الأصوات التي تنادي بحاجتهم إلى خدمات خاصة تسمى التربية الخاصة المبكرة أو برامج التدخل المبكر Early Intervention وهذه البرامج ما زالت قاصرة في معظم الدول العربية، ويمكنها أن تلعب دورا فعالا في حالة عدم نجاح برامج الوقاية أو تتطلب إجادة الكشف المبكر لتقديم تلك الخدمات.

ومع تعاظم الاهتمام بتطوير برامج الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر الأمر الذي دفع الكثير من مؤسسات الرعاية في العالم كله إلى إعادة النظر في برامجها المعلقة ومحاولة تعديلها للحاق بركب التقدم في مجالات أبحاث برامج مكافحة الإعاقة ساعدها في ذلك التقدم العلمي المؤهل في أساليب الكشف المبكر والوقاية من مسببات الإعاقة والتطور في مجالات الرعاية الصحية الأولية وارتفاع أعداد هؤلاء الأطفال ذوي الحالات الخاصة في الآونة الأخيرة ومع ارتفاع معدلات الفقر والعوز والحرمان والتشرد خاصة بالدول النامية المتخلفة وبالتحديد في مواقع بؤر التوتر والغليان التي تنفق معظم دخولها الوطنية رغم تدافعها في شراء السلاح واستيراد وسائل القتل السريع. وقد نجم عن هذا كله قصور في الخدمات، وقصور في وسائل الوقاية من الإعاقة خاصة غياب التحصينات ضد الأمراض المعدية وتواضع الخدمات المتقدمة للأمومة والطفولة .. وذلك عبر خدمات علاجية وتربوية صممت ببرامج تخص الأطفال في مرحلة الست سنوات الأولى من العمر يتميزون بحالات خاصة تتطلب التدخل سواء أكانوا معاقين أو متأخرين نمائيا أو معرضين لخطر الإعاقة أو التأخر (Atrisk) .

هذه الخدمات تقدم إما من خلال مراكز متخصصة يعمل بها أخصائيون في مجالات مكافحة الإعاقة والتربية الخاصة مثل العلاج الطبيعي، والعلاج النطقي، والعلاج الوظيفي والإرشاد الأسري والبرامج التربوية الفردية والتقييم التربوي النفسي تحت خطة إشراف طبي مستمر من اجل تطوير مهارات الطفل أو تقدم تلك الخدمات في منازل الأطفال بهدف تدريب الأمهات على وسائل العناية بالطفل المعوق من خلال

متخصصات في الإرشاد الأسري مؤهلات لهذا الغرض تزرن المنازل أسبوعيا. وقبل أن يحقق البرنامج سمعته الإعلامية الملموسة كانت حالات التدخل المبكر يتم إحالتها أساسا من قبل طبيب مختص في فروع الطب وتجرى اختبارات كشفية سريعة عليهم لتعيين أوجه الإعاقة العقلية أو الحركية أو السلوكية من خلال الاختبارات والقياسات المتوفرة بالمركز بعدها يتم اتخاذ قرار العلاج والتدخل المناسب، وبعد ما تحقق للبرنامج الاستجابة لدى الأسر صارت تلك الأسر التي تعاني من ولادة طفل معوق هي الأسرع مبادرة لاستشارة خدمات المركز.

تعريف خدمات التدخل المبكر

تعرف خدمات التدخل المبكر بأنها (خدمات تربوية وصحية واجتماعية تترك أثرا على الأطفال وأسرهم في وقت الأزمات التي تحيط بميلاد أو اكتشاف طفل مختلف قليلا أو كثيرا وسواء تضمن الاختلاف الضعف الطبي أو حالة إعاقة معروفة أو الانتماء إلى مجموعة عرضة للخطر مثل الأطفال الخدج (Rematare Babies).

والتدخل المبكر وجد من أجل رعاية هذه الفئات المتنوعة من الأطفال الذين هم في السنوات الست الأولى من أعمارهم. وبرامج التدخل المبكر تقدم خدمات لا توفرها الحضانات ورياض الأطفال العادية. وغالبا ما تشمل هذه الخدمات :

- التقييم الطبي والتربوي – النفسي الشامل.
- تصميم برامج تربوية فردية خاصة.
- تقديم خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي.
- إرشاد أسرة الطفل والعمل معها بشكل متواصل.
- تعديل الأساليب والأدوات التعليمية لتصبح ملائمة لخصائص الطفل وقدراته وغير ذلك من الاعتبارات التربوية والعلاجية والتدخل المبكر يوصف عادة بأنه (تربية خاصة مبكرة) وفي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم الطفل معظم المهارات اللغوية والإدراكية والاجتماعية التي تعد أساس وضع النمو في المستقبل.

وفي الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقا حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الرضع الذين يعانون إعاقة واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية.

فالتعريف المتداول حاليا للتدخل المبكر هو (أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة الذين هم دون الثالثة من أعمارهم ولأسرهم أيضا).

والتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والأنشطة المعقدة والديناميكية متعددة الأوجه وتبعا لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميدانا متعدد التخصصات كذلك فهو ميدان يتمركز حول الأسرة حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دورا رئيسا في تنفيذ الإجراءات العلاجية فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على إن الطفل لا يمكن فهمه جيدا بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

أهمية التدخل المبكر

تكمن أهمية التدخل المبكر في الطفولة الأولى ما قبل سن المدرسة في أن تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجلوس والوقوف والمشي والجري والتوازن إلى جانب نمو المهارات اللفظية والكلام والتحكم بالبول وعادات الطعام المقبولة تعتبر ذات أهمية قصوى في مساندة الطفل على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية

ولقد أثبتت البحوث العلمية مما لا يدع مجالا للشك ان برامج التدخل المبكر تغير سلوك الأطفال وهذا التغير في السلوك قد يتمثل بزيادة مستوى استقلالية الطفل وتحسن قدرته على العناية بذاته، واكتسابه أنماطا سلوكية جديدة لم يكن قادرا على تأديتها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية المعرفية أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية – الانفعالية.

وهذه الحقيقة جعلت بعض الرواد في ميدان التربية الخاصة يؤكدون على ان التدخل المبكر يحسن السلوك ويعتقدون أن معظم حالات الإعاقة ما كان لها ان تحدث

لو أن الأطفال لم يتعرضوا لظروف بيئية سيئة. فالدراسات تبين ان سلوك الأطفال الذين يعيشون في بيئة محرومة أو مضطربة يتحسن بشكل ملحوظ عندما يوضعون في ظروف بيئية أفضل.

كما ترتبط أهمية التدخل المبكر بحقائق هامة هي :

- إن التدخل المبكر هو وقاية من تطور الإعاقات عن طريق تطوير وتدعيم النمو.
- إن التدخل المبكر يتم في مرحلة نمو حرجة وحساسة يكون التعلم فيها أسرع وأسهل من أية مرحلة عمرية سابقة.
- أن التدخل المبكر يضمن جدوى اقتصادية لدى أسر المعوقين توفر أعباء مادية جسيمة كانت تتمثل في الإقامة الدائمة بمؤسسات الرعاية .

دور التدخل المبكر في الحد أو التخفيف من الإعاقة

لقد بينت البحوث العلمية إن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر. ولكن مثل هذا الدور ومدى تأثيره يتوقف على عدة عوامل منها ما يلي :

- تاريخ الكشف المبكر للإعاقة.
- عمر الطفل المعوق وقت التحاقه بالمركز.
- طبيعة الإعاقة التي يعاني منها.
- الخدمات التي قدمت له وكفاءة القائمين على تنفيذها.
- مشاركة الوالدين والأسرة في تنفيذ البرنامج.

وقد وجد الباحثان بينيه وجورالنك (1991) إن الغالبية الساحقة للأطفال الذين قدمت لهم خدمات التدخل المبكر في مرحله ما قبل المدرسة حققوا تحسنا دائما حال دون إعادتهم للصفوف الخاصة أو التحاقهم ببرامج التربية الخاصة مستقبلا وترك تأثيرات لم تتبدد على تحصيلهم واتجاهاتهم وقيمهم .

وفي تحليلهما للنتائج التي توصلت إليها البحوث العلمية التي حاولت التحقق من فاعلية التدخل المبكر (Analysis of Effectiveness)، ارتأيا تصنيف برامج التدخل إلى ثلاث فئات رئيسية وهي :

(أ) فئة البرامج الوقائية الموجهة نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيئية.

(ب) فئة البرامج الوقائية الموجهة نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيولوجية.

(ج) فئة البرامج العلاجية – التصحيحية الموجهة نحو الأطفال المتأخرين نمائيا أو المعوقين.

مصير التدخل المبكر : الاحتمالات المرجحة

1. الالتحاق بمدرسة عادية : ونتيجته قد تكون مشجعة لو كانت الأسرة ملتزمة بالتعاون في البرنامج المعد للطفل ولو كانت إعاقة الطفل أقل شدة والتدخل كان مبكرا فان الفرصة مهيأة للطفل للالتحاق بمدرسة عادية.
2. الالتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين : أما إذا كانت الإعاقة شديدة وكان التدخل متأخراً وليس مبكرا وجزئياً وليس كليا فان احتمالات التحاق الطفل بمدرسة خاصة أو بمركز خاص للأطفال المعوقين واردة.

http://www.alamuae.com/uae/showtopics-841.html

أساليب التدخل العلاجية والتأهيلية المتبعة في علاج أطفال طيف التوحد:

- أساليب التدخل النفسي
- أساليب التدخل السلوكي
- أساليب التدخل التعليمي
- أساليب التدخل الطبي
- أساليب العلاج بالفيتامينات
- أساليب تدخل أخرى

أولا : أساليب التدخل النفسي

حاول ليوكانر (1943, Leo Kanner) وهو أول من أكتشف التوحد وتفسير التوحد فرأى أن يرجع السبب إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم ، ولذلك ظهرت الطرق والأساليب

النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم . ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجبر الطفل لإقامة علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم ، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه . (شبيب ،2008)

يعرف العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، وفيه يقوم المعالج المتخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال إمكانياته بحيث يكون أقدر على التوافق النفسي .(العناني ، 1997)

وعلى الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون في أحد الأساليب العلاجية مثل التحليل النفسي ، أو العلاج السلوكي ، أو العلاج المعرفي إلا أن معظم المعالجين النفسيين يركنون إلى الأسلوب الانتقائي في العلاج بمعنى أنهم يستعرضون مختلف الأساليب العلاجية ويختارون منها ما يتناسب وحالة المريض . (عبد المعطي، 1998)

فهناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ويجب التأكد من انه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما انه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد و هي ما يأتي :

برونو بتلحيم(Bruno Betteleheim) كان من أول من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدين باردين في عواطفهما ورافضين العلاقة مع الطفل ، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد ، وهو يشجع ويدافع على ضرورة نقل الطفل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل المشفى أو ملحقة لها (كما هو

في أمريكا) وطريقته متداخلة مع نفل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغير البيئة السكنية بالنسبة للطفل. (السعد ، 1992)

كان استخدام جلسات التحليل النفسي احد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن و كان احد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة و هي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الطفل التوحدي لم تستطع تزويده بها غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي و على أية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين :

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم و تقديم الإشباع و تجنب الإحباط مع التفهم و الثبات الانفعالي من قبل المعالج .

الثانية: يركز المعالج النفسي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل و إرجاء الإشباع و الإرضاء .

ومما يذكر أن معظم برامج المعالجين التحليليين مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى و تقديم بيئة بناءة و صحية من الناحية العقلية . (الجلبي ،2005)

ثانيا :أساليب التدخل السلوكي :

هذا المدخل كان له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وهو منبثق من نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه .

وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع المعاقين ، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي .(السعد ،1992)

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال التوحد للأسباب الآتية:

1. أنها تقدم المنهج التطبيقي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية لأطفال التوحد .
2. تعتمد على أساسيات التعلم و التي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين
3. يمكن تعليم أطفال اضطراب طيف التوحد نماذج من السلوك التكيفي و بوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي :

- مهارات تعلم اللغة و الكلام .
- السلوك الاجتماعي الملائم.
- مهارات متنوعة من العناية الذاتية .
- اللعب بالألعاب الملائمة .
- المزاوجة و القراءة .
- المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقليد العام .

و تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافئة (إثابة) السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوي لدى الطفل .

وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة السلوك ذوي اضطراب طيف التوحد أو التخلص منها إلى عدة أسباب وهي:

4. انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين و أن يطبقوها بشكل سليم بعد تريب و إعداد لا يستغرقان وقتا طويلا .
5. انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل مع نتائج القياس و انه لا يعير اهتماما لحدوث الاضطراب و إنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها و نشأتها.

6. انه أسلوب يضمن نظام ثابت لإثابة و مكافئة السلوك الذي يهدف الى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيا عن طريق استخدام معززات قوية .
7. انه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته و توفر الدقة في التطبيق .

وهناك من ناحية ثانية عدة خطوات يتعين الاهتمام بها و ذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب و هذه الخطوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- تحديد الهدف .
- سهولة التعليمات و مناسبتها للطفل .
- حث الطفل على الاستجابة .
- مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك .

برامج تعديل السلوك :

العلاج السلوكي هو العلم الذي يقوم بتطبيق الأساليب التي انبثقت عن قوانين النظرية السلوكية بشكل منظم ، من اجل إحداث تغيير جوهري وإيجابي في السلوك، بتقديم الأدلة التجريبية التي تؤكد مسؤولية تلك الأساليب عن التغير الذي حدث في السلوك(الخطيب،2003)

حقق العلاج السلوكي نجاحا مع الكثير من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وكان الاهتمام الأساسي منصبا على الطرق والتقنيات السلوكية التي تؤدي إلى تحديد العوامل البيئية، والأحداث التي تؤدي إلى الحفاظ على السلوك غير المرغوب واستمراريته، وتطبيق التقنيات السلوكية من اجل تحسين الاستقلال الشخصي والسلوك المسئول عن طريق التدريب على المهارات الأساسية، وزيادة مخزون السلوكي الاجتماعي، والأنشطة الاجتماعية .(العلوان،2006)

وفي دراسة قام(معمور، 1997) لقياس فاعلية برنامج سلوكي تدريبي لمدة عام دراسي لدى(30) طفلا توحديا تتراوح أعمارهم من (7-14) سنة، أظهرت نتائجها

انخفاض مستوى القلق للسلوك العدواني والنشاط الزائد، وزيادة طول فترة الانتباه، وتطور في المهارات الاجتماعية.

ويرجع اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة إعاقة التوحد إلى أسباب عدة :

1. كونه أسلوبا علاجيا يتم تعلمه بسهولة ولا يستغرق وقتا طويلا .
2. انه أسلوب يمكن ملاحظة تأثيره بشكل واضح وسليم .
3. العلاج السلوكي لا يعطي أهمية لأسباب حدوث الإعاقة .
4. لأنه أسلوب ناجح في تعديل السلوك شرط الدقة في التطبيق .
5. لأنه أسلوب يضمن نظاما ثابتا لإثابة السلوك . (سليمان،2001)

تعددت أساليب تعديل السلوك التي أثبتت فعاليتها في تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من جهة وفي تدريبهم على تعلم بعض أنماط السلوك والمهارات الأخرى فيما يلي بعض تكنيكيات تعديل السلوك الفعالة في زيادة حدوث السلوك المرغوب فيه لدى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد :

التعزيز التفاضلي :

يعتبر من الأساليب الفعالة في خفض السلوكيات غير المرغوب بها ، وهو عبارة عن مجموعة من الأساليب تعتمد على تعزيز غياب السلوك الشاذ ،ومن هذه الأساليب:

1- التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى (تعزيز غياب السلوك):

يعرف على انه تعزيز الفرد في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي يراد تقليله لفترة زمنية معينة،ولقد أوضح الخطوات العامة التي ينبغي إتباعها عند استخدام هذا الإجراء وهي :

- تعريف السلوك غير المقبول المراد تخفيضه.
- تحديد فترة زمنية معينة يفترض عدم حدوث السلوك غير المقبول خلالها.
- ملاحظة السلوك في أثناء تلك الفترة الزمنية بشكل متواصل.
- تعزيز الفرد بعد مرور تلك الفترة إذا لم يقم بالسلوك غير المرغوب أثناءها. (العلوان،2003).

2- التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض:

عرف ديتز وريبDeitz&Repp,1983 كما أورده (رشيد،2004) انه تعزيز الفرد عند قيامه بسلوك نقيض للسلوك غير المرغوب الذي يراد تقليله والسلوك النقيض للسلوك المستهدف هو السلوك الذي لا يمكن أن يحدث في الوقت الذي يحدث فبه السلوك المستهدف

3- التعزيز التفاضلي للنقصان التدريجي للسلوك :

1. أورد (بحراوي ، 2001)بعض الخطوات عند استخدام هذا الإجراء :
2. تعريف السلوك غير المقبول الذي يراد تقليله.
3. تحديد طول الفترة الزمنية التي يفترض أن يصبح معدل حدوث السلوك المستهدف فيها منخفضا.
4. مراقبة السلوك بتواصل في أثناء تلك الفترة.

4- تعزيز الفرد مباشرة بعد مرور تلك الفترة إذا كانت قيمة السلوك في أثنائها اقل من القيمة التي تم تحديدها.

وفي دراسة أجراها (رشيد ، 2004) هدفت إلى فحص فاعلية التعزيز التفاضلي لخفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و أشارت نتائج الدراسة إلى أن هنالك فروقا في القياسات المتكررة لكل سلوك من السلوكيات النمطية، وسلوكيات إيذاء الذات لأفراد المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن هنالك تحسنا واضحا في تكرار السلوكيات النمطية، وسلوكيات إيذاء الذات نتيجة لإستراتيجية التعزيز التفاضلي، في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات.

التشكيل :

يعتبر التشكيل أحد أساليب تعديل السلوك الذي تستخدم لتكوين عادات سلوكية جديدة ، وذلك لإحداث عملية التكيف الجيد، وفي الغالب يكون عند الفرد أنماط سلوك مشابهة ، حيث تعتبر أنماط السلوك تلك بداية التشكيل التي ستوصلنا إلى التشكيل النهائي .

إن تشكيل سلوك معين يمكن تحقيقه بالتركيز على استجابة ما، بحيث يتم تطويرها،وترسيخها، والعمل على تعزيزها؛ لتقود في نهاية الأمر إلى استجابات أخرى، إذ يمكن لهذه الاستجابة أن تتطور شيئا فشيئا باستخدام التعزيز التفاضلي، أو أن تقود إلى استجابات أخرى تصبح في حال توجيهها قابلة لان تقود إلى الهدف السلوكي المرجو (صديق، 2005)

ويتكون أسلوب التشكيل من التقريب التتابعي، أي إن التشكيل عملية تدعيم الاستجابات القريبة، والمتابعة للسلوك النهائي، والانتقال باتجاه السلوك النهائي، مع تعزيز النجاح في كل خطوة باتجاه الاقتراب من السلوك المحدد. (عكاشة، 1992)

وحتى يكون التشكيل فعالا لا بد من وجود ما يلي :

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف.
- تحديد وتعريف المعززات الفعالة.
- الاستمرار في تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدله مرتفعا.
- الانتقال أو التدريج من مستوى إلى آخر (العلوان ، 2006)

التلقين:

تشتمل هذه الإستراتيجية على تقديم مساعدة لفظية، أو جسمية، أو بصرية للطفل ، لتشجعه على إظهار الاستجابة المطلوبة وتعلمها (الخطيب والحديدي، 2003)

وهو نوع من المساعدة تعطى للطفل لكي يستجيب بشكل صحيح للمهارة المطلوبة؛ لزيادة نجاحه في تأديته للمهارة. والتلقين أنواع منه الجسدي، واللفظي، والبصري، ،التلقين الجسدي، يتضمن مساعدة جسدية يقدمها المعلم للطفل، أثناء تأديته للمهارة، إضافة إلى توجيهه لفظيا وذلك عن طريق تقديم بعض التعليمات اللفظية الخاصة بالطريقة التي تؤدي بها المهارة المطلوبة. بشكل سليم، أي أن التلقين اللفظي يستخدم عندما يكون الطفل قادر على أداء المهارة المطلوبة دون مساعدة جسدية. (الشامي،2004) أما التلقين البصري فهو يشمل أنماطا مختلفة من اللغة غير المنطوقة كالإيماءات والإشارات واستخدام الصور.(الخطيب،الحديدي،2003) .

التسلسل :

هو إجراء شبيه بالتشكيل حيث إنهما يتبعان بتعزيز الفرد في خطوة مصغرة إلى أن يتمكن من أداء السلوك النهائي بشكل كامل، الا أن الاختلاف بينهما يكمن في أن إجراء التسلسل يستخدم حينما يحتوي السلوك النهائي على العديد من السلوكيات والتي تسمى بالحلقات، ويعني ذلك إن أجراء التسلسل يتضمن تحليل المهارة المستهدفة إلى عدة حلقات معتمدا على مستوى صعوبة المهارة ومستوى الفرد العقلي (الخطيب ، الحديدي،2003)

إجراءات تطبيق التسلسل :

- تحديد المهارة المراد تعليمها للطفل وتحليلها إلى حلقات
- تعليم الفرد الحلقة الأولى
- تعزيز الفرد بعد أداء أول حلقة بالشكل الصحيح
- الانتقال إلى الحلقة التالية من السلسلة السلوكية وتقديم التعزيز عند تأدية الحلقتين معا(الشامي،2004)

التعليم من خلال المحاولات المنفصلة :

يعتبر التعليم من خلال المحاولات المنفصلة من أهم التطبيقات التعليمية في مجال تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ؛ بسبب نجاحها الكبير، ويتم التعليم بشكل فردي في بيئة تخلو من المثيرات التي قد تشتت انتباه الطفل، ومن خلال هذه الإستراتيجية يعرض كل هدف تعليمي بشكل متكرر ومتتال ولعدة مرات، يتراوح عددها من (5-9) مرات، وتعرف كل مرة يعرض فيها الهدف بمحاولة وتتضمن ثلاثة عناصر هي المثير والاستجابة وتوابع السلوك.(الشامي،2004)

النمذجة :

تتضمن تعليم الطفل المهارة المطلوبة عن طريق ملاحظة طفل آخر وهو يقوم بتأديتها بشكل صحيح ولكي يتعلم الطفل من النموذج ينبغي:

- جذب انتباه الطفل للمهارة المطلوبة.
- تزويد الطفل بالتوجيهات المناسبة.
- البدء بسلوك بسيط نسبيا.
- تعزيز الطفل عندما يقلد السلوك الذي لاحظه بشكل مناسب .(الخطيب، الحديدي،2003)

إضافة إلى النمذجة من خلال الفيديو والتي تتضمن تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال الفيديو، حيث أن العديد من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يحبون مشاهدة الفيديو، وبرامج التلفزيون، والتي تحتوي على موسيقى وأصوات، فأنه من المناسب استغلال ذلك في تعليم الأطفال مهارات مثل: تنظيف الأسنان، اللبس، والشراء من المحلات التجارية وغيرها. وتعتبر هذه الطريق ناجحة مع الأطفال التوحديين الذين يستمتعون في المشاهدة أكثر من النماذج الحية.(الشامي،2004)

ودراسة كريستوس، ونيكوبولس، وكينان (Christos, Nikopoulos, and Michael, 2004) " أثر نمذجة الفيديو على المبادرات الاجتماعية لدى الطلبة التوحديين "، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فعالية نمذجة الفيديو على المبادرات الاجتماعية لدى الطلبة التوحدين. وتكونت عينة الدراسة من (3) أطفال توحديين، وقد قام كل طفل بمشاهدة فيديو يصور مبادرة اجتماعية لأحد الأطفال العاديين، كما تم إشراك كل طفل توحدي من عينة الدراسة في لعبه يلعب فيها مع أطفال آخرين بعد مشاهدة شريط الفيديو للكشف عن أثر النمذجة على التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين. قد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النمذجة التي قام بها الباحث أسهمت في تعزيز وتطور المبادرات الاجتماعية، ومهارات اللعب المتبادلة لدى أفراد عينة الدراسة، لفترة امتدت إلى فترة ثلاثة أشهر بعد إجراء الدراسة.

أما إجراءات تعديل السلوك لخفض حدوث السلوك غير المرغوب فيه لدى الطفل التوحدي فهي:

التصحيح الزائد:

هو عبارة عن إجراء سلوكي يتم من خلاله توبيخ الطفل حال قيامه بسلوك غير مرغوب، كأن يضع إصبعه في فمه ،وعند قيام الطفل بذلك نقوم بلومه لفظيا (لا، لا

تفعل ذلك) وإذا تكرر السلوك نطلب من الطفل غسل أصابعه خمس مرات مثلا .(رشيد،2004)

من ميزات هذا الأسلوب يعطي نتائج سريعة لان عملية التصحيح هنا تعني إزالة آثار الأفعال أو السلوكيات التي تصدر عن الطفل ، فحينما يقوم الطفل بأفعال هادئة ومستقرة وبعيدة عن العدوانية يجب تدعيمه بصورة إيجابية وسحب هذا التعزيز إذا عاد الطفل إلى السلوك العدواني (رشيد، 2004)

أورد(الخطيب،2003) الإجراءات التالية لزيادة فاعلية استخدام التصحيح الزائد:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف إجرائيا.
- حرمان الطفل من التعزيز.
- تزويد الطفل بتعليمات لفظيه وتدريبات واضحة.
- الطلب من الطفل القيام بجهد مستمر وبسرعة من اجل تحقيق الهدف.
- الطلب من الطفل إعادة الوضع أفضل مما كان علية.

وفي دراسة أجراها (رشيد ، 2004) هدفت إلى فحص فاعلية التصحيح الزائد لخفض لسلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هنالك فروقا في القياسات المتكررة لكل سلوك من السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات لأفراد المجموعة التجريبية؛ وهذا يعني أن هنالك تحسنا واضحا في تكرار السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات نتيجة لإستراتيجية التصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات.

الإطفاء:

هو مصطلح يطلق على إستراتيجية تجاهل الطفل تماما عندما يسيء التصرف، و يتضمن الإطفاء إزالة أو التقليل من المعززات التي يحصل عليها الطفل بعد السلوك غير المرغوب، وهذا فعال في علاج العدوان، وعدم الطاعة، بالإضافة الى ذلك يستخدم الإطفاء مع السلوكيات التي تهدف إلى جذب الانتباه، وإذا لم نعط السلوك أي اهتمام

فسوف تنخفض دافعيه الطفل للسلوك، وعدم إظهاره في المستقبل. (السيد، خليفة، مسافر ، 2005) .

العزل:

هو إجراء عقابي يشير إلى أبعاد الفرد عن فرص التعزيز المتزامن بعد ظهور السلوك المستهدف، فهو بذلك يبعد الفرد من بيئة معززة إلى بيئة غير معززة، وتتباين فترة العزل إلا إن معظم الأبحاث تستخدم هذا الإجراء لفترة زمنية تتراوح من 5 – 20 دقيقة وعند تطبيق هذا الأجراء يجب التأكد أن البيئة مكان العزل اقل تعزيز من البيئة خارج مكان العزل (زريقات، 2004) وفيما يلي إجراءات لزيادة فاعلية العزل :

1. تحديد وتعريف السلوك المستهدف إجرائيا
2. تحديد مكان العزل
3. التأكد من بيئة العزل بحيث تكون اقل تعزيز من البيئة العادية
4. تحديد وقت العزل
5. عزل الطفل في كل مرة يظهر السلوك المستهدف
6. الثبات والهدوء أثناء التطبيق (الخطيب، 2003)

استخدم نوردكويزت ووهلر (Nordquiste&Whler) كما أوردها (زريقات،2004) العزل في تعديل سلوك عدم الطاعة والصراخ لدى طفل توحدي وتمثل الإجراء قضاء الطفل فترة زمنية لمدة 15 دقيقة في غرفة غير معززة أشارت النتائج إلى تحسن في انخفاض سلوك الصراخ لدى الطفل.

التمرين :

يمكن خفض السلوكيات غير المرغوبة من خلال التمارين الجسدية متزامنة وغير المتزامنة، ويتضمن التمرين المتزامن ممارسة الشخص تمرينا جسديا بعد ظهور السلوك غير المرغوب، والتمرين غير المتزامن هو إشغال الفرد بأنشطة وتمارين مكثفة قبل دخول الفرد المواقف التي يتوقع فيها ظهور بعض السلوكيات غير المرغوبة، وعند تنفيذ ذلك يجب مراعاة ما يلي:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف.
- تحديد نوع النشاط الحركي الذي سوف يقوم به الفرد.
- تحديد المواقف التي سوف تستعمل فيه. (زريقات ،2004)

أجرى اليسون وزملائه (Allison et .,) بدراسة كما أوردها(زريقات،2004) باستعمال تمرين قبلي لخفض سلوك العدوان عند طفل توحدي وكان التمرين عبارة عن دفع شيئا كل مساء لمدة 20 دقيقة وكان الأجراء فعال في خفض سلوك العدوان أكثر من الأدوية.

تكلفة الاستجابة :

يحصل الطفل على أشياء محبة عندما يقوم بسلوكيات مرغوبة، يفقد تلك الأشياء أو تسحب منه عندما يقوم بسلوكيات غير مرغوبة، واثبت هذا الإجراء فاعلية في خفض سلوك العدوان وإيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (السيد ، خليفة ، إبراهيم ، 2005)

قدم(الخطيب ، 2003) مجموعة من الإجراءات لزيادة فاعلية هذا الإجراء:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف.
- شرح طبيعة هذا الإجراء للفرد قبل القيام به.
- الاتفاق على كمية التعزيز التي سيفقدها.
- توضيح سبب فقدان التعزيز بعد حدوث السلوك غير المرغوب.
- سحب المعززات المتفق عليها عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ية المكافئة . (الجلبي ، 2005).

ثالثا : أساليب التدخل التعليمي

وهو مثل التكنيك الإجرائي يتبع نظرية التعليم ويؤكد على ملاحظة سلوك الطفل، وبعكس الإجرائي هذا المدخل لا يلغي كل المتغيرات غير الملحوظة أو حتى غير المناسبة للتعليم وإنما يهتم بها . وبالرغم من أن الإدراك أو المعرفة غير الواضحة صعبة

القياس فإن الأفكار والظنون رئيسية لهذه النظرية ، والتي تؤمن بأن وجود هذه الأفكار يتبع نفس القوانين وأنظمة التعليم والسلوك .(السعد ،1992)

وهو بدون أي مبالغة الطريق و الأمل الوحيد إمام أطفال التوحد حتى الآن و خاصة كنتيجة للاهتمام و التركيز في دوائر البحث العلمي لتحسين إعداده و تدريبه و تنمية قدراته و مهاراته في مجال التواصل اللغوي و غير اللفظي و النمو الاجتماعي و الانفعالي و معالجة السلوكيات النمطية و الشاذة و العدوانية و التدريب على رعاية الذات و التدريب النفسحركي و المهني حتى حقق آلاف أطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من الحياة الاستقلالية و حيث بدأت برامج التدخل العلاجي التعليمي مبكرا في حياة الطفل و بالطرائق التالية :

طريقة البرنامج التعليمي الفردي: individual educational program

ويعرف على انه برنامج تعليمي خاص مبني إعداده على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة و مستويات نمو متباينة لقدراته المختلقة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية profile خاصة تحدد مشكلاته و احتياجاته و العمر العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني هذا البروفايل يعد بناءا على قياس و تقييم دقيق لتلك القدرات يقوم باجراه فريق من الأخصائيين النفسين والتربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعليم الفردي للطفل.

والفكرة في التربية الخاصة كما نعلم هي أن نهيئ الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد البيئة التعليمية الخاصة به و التي تسمح بتعليمه بسرعة اقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية و طرق تدريس و تكنولوجيا خاصة به ليتمكن من تعويض القصور الذي تفرضه عليه إعاقة التوحد و على نمو قدراته و يعتمد اختيار الفصل المناسب لمستواه و على درجة تخلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن الطفل العادي عندما يلتحق بالمدرسة أو المركز التعليمي و عما إذا كان يعاني من توحد فقط أو إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد و تتطلب أساليب تعليمية و أنشطة فضلا عن تلك التي تتطلبها إعاقة التوحد كذلك لا بد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا توصيفا دقيقا للسلوكيات النمطية التي يندمج في القيام بها الطفل

التوحدي بشكل متكرر يستنفذ جزءا كبيرا من وقته و تركيزه ، كذلك تحديدا للسلوكيات الشاذة و العدوانية التي تسبب إيذاء له أو لمخالطيه فالحصر و التقييم لهذه السلوكيات تؤدي الى تضمين البرنامج التعليمي جانبا من وسائل و طرق العلاج تلك السلوكيات التي لو أهملت تحول دون فاعلية البرنامج التعليمي و تحقيق أهدافه . (الراوي ، حماد ،1999) وستتناول البرنامج الفردي بمزيد من الإسهاب في نهاية هذا الفصل.

التواصل الميسر (Facilitated communications)

طور هذه الطريقة روزماري كروسلي (Rosemary crosley) ودخلت الولايات المتحدة عام 1989 على يد دوغلس بيلكلين(Douglas Bilkin) وتم تصميمها لكي يستخدمها الأطفال الذين يعانون من مشكلات حركية، ويعتبر التواصل الميسر طريقة لمساعدة الشخص العاجز عن الكلام على إيصال أفكاره من خلال إشارة، أو بالكبس على لوحة المفاتيح أو لوحة الطباعة أو أي وسيلة تواصلية أخرى، مع وجود شخص مساعد يعرف بالمسهل يقوم بمساعدة الشخص العاجز عن التواصل من خلال مسك ذراعه من اجل تسهيل الإشارة عليه، وإذا نجح هذا التدخل يستطيع الشخص العاجز عن الكلام أن يعبر عن أفكاره من خلال طباعة كلمات أو تهجئه حروفها . ((Montee,Mettemberger,&Wittrock,1995

برنامج علاج وتربية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومشكلات التواصل المشابهة(
Treatment and education of autistic and related communication handcapped (children : TEACCH

طوره أريك شوبلر(Eric Shopler) عام 1972 في جامعة كارولاينا في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو أول برنامج تربوي مختص بعلاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأول برنامج يعتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية(autism society of America)، من ركائز البرنامج تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال نقاط القوة في مجال الإدراك البصري وتعويض الضعف لديهم والتي هي فهم

البيئة واللغة. ولا يعنى برنامج تيتش(TEACCH) فقط بذوي اضطراب طيف التوحد وإنما يقدم تدريبا للأسرة والمختصين. (الشامي ، 2004)

تتسم البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بطابع مميز فهي مليئة بمعينات وصور وكلمات مكتوبة من أجل دمج الطالب مع بيئته ويعتمد البرنامج على المثيرات البصرية ويركز على التعلم المنظم وأكد شوبلر(Schopler,)كما أورده (زريقات، 2004) على عدد من المبادئ الرئيسية التي يعتمد عليها برنامج تيتش وهي على النحو التالي:

1. توفير بيئة مناسبة للطفل لزيادة تكيف الفرد من خلال تطوير مهاراته بأفضل الطرق.
2. تقييم الطفل باستخدام أفضل الاختبارات وأدوات التقييم الرسمية إضافة إلى إجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء وتصميم برنامج فردي.
3. استغلال جوانب القوة لدى الطفل في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في المعالجات للمعلومات السمعية والتنظيم والذاكرة .
4. أفضل البرامج المفيدة في العلاج هي البرامج التي تعتمد على النظرية السلوكية والمعرفية.

ويضيف (الشيخ ذيب،2004) الى ذلك التدريب المكثف والمنظم والتركيز على الإرشاد الفردي والأسري وتقبل الصعوبات التي يظهرها الطفل والأسرة بشكل غير مشروط.

ويهتم البرنامج بدور الأسرة في تعليم الطُفل حيث ينظر إلى الوالدين بوصفهما معنيين بدرجة كبيرة في تنفيذ البرنامج واختيار الأهداف للطفل ويستطيع الفرد تعلم من خلال البرنامج مهارات وظيفية، ومهنية، وتواصلية، والعمل الجماعي، ومهارات أكاديمية (Schopler &Olley , 1982)

برنامج لوفاس :(LOVAAS Program)

صمم هذا البرنامج لوفاس (Lovaas) وهو دكتور نفساني في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس لمساعدة مجموعة من الأطفال لديهم إعاقات مختلفة، وبدا تعليم الأطفال التوحديين في الخمسينيات و كانت كل تجاربه مبنية على نظرية تعديل السلوك

والتي تقوم على أن سلوك الإنسان متعلم قابل للقياس، كما ويمكن التحكم بضوابط السلوك القبلية والبعدية. وتؤكد النظرية على تعلم السلوك الجديد من خلال التشكيل. و شملت تجاربه الأولية أشخاصا يعانون من التوحد مقيمين في المستشفيات ولكن النتائج كانت محدودة.(محمد، 2001) و لمعالجة التقدم المحدود قام بإضافة عدة عناصر لم تكن متوفرة في التجربة الأولى وتشمل:

1. عدد ساعات تدريب الأطفال إلى 40 ساعة أسبوعي.
2. تدريب أطفال تقل أعمارهم عن 5 سنوات وعدم قبول اكبر من ذلك.
3. عدم قبول من تقل درجة ذكائهم من 50- 60 درجة.
4. تدريب الأطفال في البيت مع الأسرة .
5. إشراك الأسر في تدريب الأطفال .
6. منهج تربوي متسلسل من السهل إلى الصعب . (الشامي، 2004)

ونشر لوفاس نتائج برنامجه عام 1987 بعد التعديلات التي طرأت عليه، و أشار إن 47 ٪ من الأطفال ابدوا تحسنا وارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي ، ويعتبر من أكثر البرامج التربوية المستخدمة في علاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وخاصة في مرحلة التدخل المبكر من 5 – 6 سنوات (Schreibman , 2000).

مبادئ وطرق التعليم لبرنامج لوفاس (Lovaas):

استخدام التقنيات السلوكية: من اكبر التقنيات السلوكية المستخدمة في برنامج لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة، وتستخدم المعززات بشكل مكثف ضمن برنامج لوفاس (Lovaas) ؛ للتقليل من السلوكيات غير المرغوبة، وزيادة تعليم الطفل للمهارات المستهدفة في البرنامج .

أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فيتكون من ثلاث عناصر أساسية المثير والاستجابة وتوابع السلوك.

القياس المستمر: يعتبر القياس المستمر ركيزة أساسية في تطبيق إجراءات تعديل السلوك للسلوكيات المستهدفة، لذلك يتوجب على القائمين بتطبيق برنامج لوفاس

قياس مدى تقدم التلاميذ في كل مهارة من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة.

منهج متسلسل: يقوم المدرب بتعليم الطفل منهجا يشمل أكثر من 500 هدف من خلال المحاولات المنفصلة يتم ترتيبها من السهل إلى الصعب ،أما الأهداف التي يحتويها البرنامج:

- منهج المبتدئين: فيشمل الانتباه، التقليد، لغة استقبال، لغة تعبير، والاعتماد على النفس.
- منهج المتوسط: يشمل الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، الاعتماد على النفس، ما قبل أكاديمي.
- المنهج المتقدم : يشمل الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، أكاديمي. (الشامي ، 2004)

المناهج الثلاث في برنامج لوفاس تشمل التدريب على نفس المهارات باستثناء المنهج المتوسط يركز على مهارات ما قبل الأكاديمي والمنهج المتقدم يركز على مهارات أكاديمية.

كيفية إجراء الجلسات التعليمية في برنامج لوفاس

تتراوح مدة الجلسة ما بين (60 – 90) دقيقة ويتخللها استراحة دقيقة أو دقيقتين بعد كل فترة من (10 – 15)دقيقة من التدريب حين الانتهاء من الجلسة. يشجع الطفل باستراحة لعب مدتها من(10 – 15) دقيقة، وبعد ذلك يعود إلى جلسة أخرى وبنفس المدة ويتخللها استراحة ووجبة طعام وهكذا إلى أن ينتهي الدوام. أما غير المستجدين في البرنامج وتستمر جلساتهم(4) ساعات تتخللها فترات استراحة من(1 – 5) دقائق، وبعد الانتهاء من الجلسات هنالك استراحة لمدة (15) دقيقة تقريبا، وهكذا إلى أن تنتهي ساعات التدريب المحددة وهي(8) ساعات. (Metzger , 1999).

برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية

(The douglass developmental disabilities center : DDDC)

تأسس مركز دوغلاس عام 1972؛ ليخدم جميع الأفراد التوحديين من كل الأعمار حيث هدف البرنامج إلى دمج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع العاديين في الروضة بعد أن يتلقوا التدريب الخاص، ويركز منهج دوغلاس على تسلسل المهارات من الأسهل إلى الأصعب، والهدف منه تعليم الأطفال مهارات اجتماعية، لغة، والتواصل، والتعبير عن أنفسهم، بالإضافة الى تعليم الأطفال مهارات إدراكية وحركية، ومهارات الاعتماد على النفس، ويتلقى الطفل في البداية مهارات أساسية تمكنه من تعلم المهارات المستهدفة في المنهج، مثل إتباع التعليمات البسيطة، والجلوس على الكرسي؛ لتلقي التدريب، والانتباه ويتكون البرنامج من ثلاث مراحل للوصول إلى دمج الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل كامل في الصف العادي، وهذه المراحل هي :

1. **فصل التحضير : تنبثق إجراءات هذه المرحلة من برنامج لوفاس حيث يتلقى الطفل 25 ساعة تدريب سلوكي في المركز، و15 ساعة في المنزل، ويكون التدريب بشكل فردي ،**
2. فصل المجموعة الصغيرة : ترتفع نسبة المعلمين إلى التلاميذ ويتلقى في هذه المرحلة تدريب مكثف يمكنه من الاندماج في فصل رياض الأطفال مع أطفال عاديين ويضم الصف (6 طلاب والمدة التي يقضيها الطفل في الصف ما بين سنة إلى سنتين)
3. فصل الدمج: يلتحق الطفل ببرنامج رياض الأطفال مع الأطفال العاديين يتلقى الجميع المنهج العادي إضافة إلى تعديلات بسيطة تلاءم قدرات الطفل ذو اضطراب طيف التوحد واحتياجاته بالإضافة إلى جلسات تعليمية فردية يومية حيث يدمج 6 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع 8 أطفال عاديين (الشيخ ذيب، 2004، الشامي، 2004).

ويركز البرنامج على اللغة كمحور أساسي من خلال التدريب على المهارات التالية:اللغة التعبيرية، والاستقبالية، والمهارات قبل الأكاديمية، والقدرات الحركية،

والتفاعل الاجتماعي ، أما أساليب التدريس المتبعة في برنامج التدريس الحر فهي التدريس المبني على المواقف الطبيعية والتحليل الوظيفي للسلوك (محمد،2001)

وتعتمد نسبة المعلمين الى التلاميذ ففي المرحلة الأولى لكل تلميذ معلم، وفي المرحلة الثانية تتراوح النسبة من معلم لكل طفلين إلى معلم ومعلم مساعد لكل ست أطفال، وفي الثالثة لكل ثمانية أطفال ثلاثة معلمين أو معلم ومساعدين اثنين . (Handelman&Harris,1994)

مدرسة هيقاشي : علاج الحياتي اليومية (DLT) Higashi School :Daily life Therapy

تنبثق سياسة مدرسة هيغاشي من فلسفة علاج بالحياة اليومية، و طورتها الدكتورة كيبوكيتاهارا في اليابان عام 1964، وتقوم على الاقتناع بان هؤلاء الأطفال يمكن مساعدتهم للوصول إلى أقصى إمكاناتهم وطاقاتهم بالقرب من أسرهم ومجتمعهم، واستخدام المجموعات في التعلم، والتقليل من الاعتماد على التعلم الفردي (صديق ، 2005) وهنالك ثلاثة مبادئ رئيسية للبرنامج:

1. العمل على توازن مشاعر الأطفال التوحديين، وتدريبهم على اكتساب مهارات الاعتماد على الذات؛ من اجل العيش دون مساعدة من الآخرين.
2. العمل على تنشيط العمليات الذهنية .
3. العمل على تطوير ما يسمى نغمة إيقاع الحياة من خلال التدريبات الرياضية. (خطاب، 2005)

إن أسلوب علاج الحياة اليومية يركز على طرق أساسية هي :

1. **توجيه النشاطات التي تقدم للأطفال بواسطة نظام المجموعات، والتأكيد على التعلم الذي يتنقل من طفل إلى آخر.**
2. عدم الاهتمام بالتعلم الفردي.
3. الاهتمام بشكل ملحوظ بالنشاطات الجسدية في المجموعات كالجري (3) مرات في اليوم، وممارسة الأنشطة الرياضية كل يوم ولمدة ساعة، والمشاركة بأي نشاط رياضي. (صديق،2005)

يرتكز أسلوب العلاج بالحياة اليومية على مجموعة من المبادئ:

- التركيز على التعلم من خلال التقليد.
- التعليم موجه للمجموعة.
- التعلم للأنشطة الروتينية.
- يركز المنهج على الألعاب الرياضية، والموسيقى، والرسم. (بدر، 1997)

مبادئ وطرق التعليم:

(1) الرياضة البدنية: هذا مبني على افتراض إن ممارسة الفرد للرياضة تخفف من نسبة التوتر والحركات النمطية التي غالبا تظهر عند الطفل التوحدي، وتستغرق التمارين الرياضية ما بين 30 دقيقة إلى ساعتين موزعة على فترات يوميا ولكل تلميذ، والرياضة مثل: السباحة و قيادة الدراجات، التوازن ورياضيات أخرى.

(2) الانتقال والتنظيم: الانتقال من نشاط إلى آخر مهمة صعبة على الأشخاص التوحديين، وبالتالي هنالك عدة طرق متبعة لمساعدة الأشخاص على الانتقال، ومن هذه الطرق تبديل الملابس الاعتيادية بالزى المدرسي مما يساعدهم على الانتقال من الأنشطة العادية إلى الأنشطة المدرسية، وكذلك الجداول اليومية، وتستخدم بكثرة ولكل تلميذ جدول خاص يحتوي على صور وكلمات لكل ما يقوم به خلال اليوم الدراسي ويسمى الجدول الأساسي.

(3) **الموضوعات الخاصة: تعتبر الموضوعات الخاصة من أهم ركائز برنامج هيقاشي، وتشمل التربية الفنية والموسيقى مثل، الطبلة والكمان.**

(4) المهارات الاجتماعية: بناء على فلسفة البرنامج يفترض أن التوحديين قادرون على تكوين علاقات اجتماعية، يتعلمونها من خلال الممارسة والتكرار.

(5) التدريب المهني: يتم تدريب الأشخاص التوحديين من سن (12-23) سنة على مهارات تمكنهم من العمل خارج المركز . (الشامي ، 2004)

أجرى بدر(1997) دراسة للتعرف على مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم بين(5 ، 6)-(7 ، 8) سنة وتكونت العينة من الذكور والإناث، واستخدم مقياس

المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد والتي تتوزع على أربعة أبعاد أساسية هي الاضطرابات الانفعالية ، والاضطرابات الاجتماعية، واضطرابات اللغة، والأنماط السلوكية النمطية إلى جانب برنامج العلاج بالحياة اليومية. أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن في البعد الخاص بالمهارات الاجتماعية، و زيادة درجات تحسن الأطفال على هذا البعد من المقياس.

رابعا : أساليب التدخل الاجتماعي

هنالك العديد من الطرق والأساليب العلاجية التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية والمعرفية واللغوية والحركية وفيما يلي بعض هذه البرامج.

أولا : البرامج الاجتماعية :

التفاعلات الاجتماعية الناجحة من أكثر التحديات صعوبة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التوحد، فالأطفال والراشدون ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين- يتمتعون بمهارات وظيفية لدرجة كبيرة- غالبا ما يعانون من صعوبات في المهارات الاجتماعية.

أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية

تعتبر المهارات الاجتماعية مهمة في حياتنا اليومية على كافة المستويات للتكيف النفسي والاجتماعي والانفعالي وتعتبر المهارات الاجتماعية من أكثر المجالات اهتماما مع الأشخاص ذوي الإعاقات وخاصة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تظهر لديهم صعوبات واضحة في المهارات الاجتماعية وتزايد الاهتمام بتطوير برامج علاجية للتغلب على المشاكل الاجتماعية التي تواجه هذه الفئة و أكدت البحوث أن المهارات الاجتماعية من أكثر المتغيرات أهمية في تحديد التكيف للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (زريقات ، 2004)

وأشار والتزWaltz,1999 كما أوردها (زريقات، 2004) إن التدريب على المهارات الاجتماعية يشتمل على المهارات التالية :

- المحافظة على تواصل بصري مناسب و تعليم تفسير تعبيرات الوجه ولغة الجسم .
- تطوير التعاطف مع الآخرين .
- المجاملات مثل : إلقاء التحية واستقبالها والمشاركة باهتمامات الآخرين.
- تحديد الموضوعات الأكثر أهمية للمناقشة وكيفية البدء بالمحادثة وإنهائها.
- فهم قواعد الأنشطة المجتمعية مثل ركوب الحافلة أو الذهاب إلى التسوق والتعامل مع الجهات الرسمية .
- فهم المواعيد و آداب المعاملة مع الآخرين من كلا الجنسين .
- تعليم أساليب الاستعداد والتوقعات.
- استعمال الملاحظات لتحديد السلوك المناسب واللباس والتصرفات في المواقف الاجتماعية الجديدة .
- تعليم استراتيجيات تهدئة الذات .

نماذج لعلاج السلوك الاجتماعي:

برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بشكل عام فعالة، و أخذت البرامج الحديثة في التدريب على المهارات الاجتماعية بالاهتمام بالضبط الذاتي والتأكيد على دور الآباء وأفراد الأسرة والأصدقاء في العلاج، وفيما يلي عرض لبعض الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على المهارات الاجتماعية:

1 : **القصص الاجتماعية** (Social Stories Programmes) :

التفاعلات الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد هي عملية معقدة لها قوانينها وأنظمتها ويصعب عليه فهمها ولذلك لا بد من إيجاد طريقة أو أسلوب علاجي للطفل التوحدي لتسهل عليه عملية التفاعل الاجتماعي حيث قام كل من غراي(Gray) وغاراند(Garand) بتصميم القصص الاجتماعية وهي قصة مكونة من ثلاث جمل أساسية تدل الشخص ذو اضطراب طيف التوحد على ماذا يفعل في أوضاع اجتماعية مختلفة وتحدد القصص الاجتماعية بناءا على احتياجات الشخص والأوضاع

التي يواجه فيها صعوبات اجتماعية مثل الذهاب إلى الطبيب والزيارات الاجتماعية أو اللعب. (Norris & Dattilo , 1999)

ويمكن تلخيص خطوت هذا البرنامج :

- تحديد و قياس السلوك المستهدف.
- تطوير قصص اجتماعية قصيرة ، تتضمن الهدف الذي تم تحديده. (ذيب ، 2004)

وتتكون القصص الاجتماعية من ثلاثة أنواع :

- جمل وصفية: وهي تصف الأحداث وأسباب حدوثها.
- جمل إرشادية : وهي ترشد الشخص إلى السلوكيات المناسبة.
- جمل منظوريه: وتصف مشاعر الآخرين وردود أفعالهم. (حمدان ، 2001)

وفي دراسة أجراها نوريس وداتيلو (Norris & Dattilo , 1999) هدفت للتعرف على فاعلية برنامج القصص الاجتماعية على التفاعلات الاجتماعية والسلوكية لطفلة في الثامنة من عمرها تعاني من التوحد، أظهرت نتائج الدراسة نقص ما يقارب(50٪) من التفاعلات الاجتماعية غير الملائمة التي كانت تصدر عنها قبل البرنامج

2 : التعلم من خلال الأنداد :

يعتبر التعليم من خلال الأنداد أحد أهم وانجح الطرق لتعليم الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين ، فبهذا النوع من التدخل يتدرب أطفال طبيعيون على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال يعانون من توحد، مثل مشاركة الآخرين، واخذ الأدوار ومساعدة الآخرين، واللعب والمرح، وفي نفس الوقت يتدرب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الاستجابة لمبادرات الأطفال الطبيعيين. وقام كل من ستراين و أودوم (Odom & Strain , 1984) بتصميم برنامج لتعلم من خلال الأنداد وأول خطوة في هذا النوع من التدخل يتم تزويد الأنداد الطبيعيين بمعلومات عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من حيث صفاتهم، وطرق التعامل معهم.

التحضير للتعلم من خلال الأنداد:

- تحديد الأنداد: يتم اختيار الأنداد بحيث يكونوا اكبر سنا من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ويتمتعوا بمهارات اجتماعية عالية ولديهم اهتمام وحافز لذلك ، ويفضل اختيار طفل طبيعي لكل طفل توحدي.
- تحديد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: هنالك بعض المهارات ويفضل أن تتوفر عند الطفل ذو اضطراب طيف التوحد مثل مهارة التقليد، يتقبل وجود الآخرين، عدم الإثارة بسهولة، عدم إبداء سلوكيات عدوانية.
- تحديد الألعاب: يفضل اختيار الألعاب المفضلة لدى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد ويتم بعدها تدريب الأطفال الطبيعيين بعد إعطاءهم معلومات أساسية عن التوحد، عدد الجلسات، أهمية البرنامج للطفل ذو اضطراب طيف التوحد وواجبهم نحو مساعدته، وتشجيعهم على المشاركة وتلقي التعزيز ثم يتلقوا تدريبات عملية، عامة وخاصة.
- تحديد الأهداف التعليمية: تحدد الأهداف بناء على احتياجات الطفل مثل المبادرة والطلب من الآخرين واللعب معه، والاستجابة لمبادرة الآخرين أو الوقوف على مقربة منهم.

واجرى آغام، وشلمان، وبومنجر (Agam, Shulman, and Bauminger, 2003) دراسة بعنوان " التفاعل مع الأقران والشعور بالوحدة لدى الطلبة التوحديين "، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات التفاعل مع الأقران وتفهم مشاعر الوحدة للأطفال التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من (18) طفل توحدي. وقد تم جمع البيانات من خلال ملاحظة مبادرات الطلبة العفوية واستجاباتهم لأقرانهم. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال التوحديين أظهروا فهماً ووعياً للتفاعل الاجتماعي، كما أظهروا مستوى مرتفع من التفاعل الاجتماعي مع الأقران، إلا أن الوقت الذي أمضوه في التفاعل مع أقرانهم كان نصف ما قضاه أقرانهم من الأطفال العاديين في التفاعل، وعلى الرغم من ذلك أظهر الأطفال التوحديون مستويات عالية من الشعور بالوحدة ، مقارنة مع أقرانهم من نفس العمر.

3: التواصل من خلال تبادل الصور: (Picture Exchange Communication) System:PECS

طور البرنامج "أندي بوندي" (Andy Bondy) "ولوري فروست "(Lori Frost) نظام التواصل من خلال تبادل الصور عام 1994 ويعتبر هذا النظام طريقة تواصل بديلة حيث إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتواصلون مع الآخرين من خلال الصور (Bondy&Frost, 2002)

يطبق البرنامج من خلال مراحل التالية:

المرحلة الأولى: الهدف الأساسي منها عند رؤية الطفل شيئا محببا يقوم برفع صورته ويتقدم نحو المدرب ويضع الصورة في يده ويحصل على التعزيز ويتطلب في هذه المرحلة وجود مدربين اثنين في آن واحد أحدهما يتلقى الصورة منه ويعطيه ما يريد والثاني يجلس وراء الطفل ويساعده من خلال التلقين .

المرحلة الثانية : الهدف الأساسي في هذه المرحلة ذهاب الطفل إلى ملف التواصل واخذ الصورة والتوجه نحو المدرب ووضع الصورة في يده وينبغي في هذه المرحلة زيادة المسافة بين المدرب والطفل والمسافة بين الطفل والصورة وعدد الأشياء التي يطلبها الطفل .

المرحلة الثالثة: الهدف الأساسي منها هو أن يطلب الطفل ما يريده من خلال التوجه إلى ملف التواصل واختيار الشيء الذي يريده بين عدد من الصور والتوجه بها إلى المدرب ، ويتعلم الطفل في هذه المرحلة الانتباه للصورة ومحتواها والتمييز بين محتوى الصورة وأخرى يرغب في الحصول عليه .

المرحلة الرابعة: الهدف الأساسي منها هو أن يطلب الطفل أشياء موجودة أمامه من خلال استخدام جمل ويتوجه الطفل نحو ملف التواصل ويأخذ رمز لفظ " أريد" ووضعه على شريط الجمل ثم رمز الشيء الذي يريده ووضعه على شريط الجمل ثم نزع شريط الجمل والتوجه به إلى المدرب.

المرحلة الخامسة: الهدف الأساسي أن يتمكن الطفل من طلب أشياء متعددة وان يتمكن الطفل من الإجابة على السؤال التالي " ماذا تريد ؟"

المرحلة السادسة: الهدف الأساسي منها أن يجيب الطفل على أسئلة ،" ماذا تريد؟ " " ماذا ترى ؟ " وأسئلة أخرى توجه إليه . (العلوان ، 2006)

وفي دراسة أجرتها باتريشيا كرانتز وماك كلانهان (Krantz , & 1998 Clannahan) للتعرف على مدى فعالية زيادة التفاعلات الاجتماعية التي تتضمن إشارات موقفيه في جدول النشاط المصور وذلك لثلاثة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم بين(4 – 5) سنوات . وبعد تعلم كيفية استخدام تلك الصور زاد التدقيق في اختيار الألفاظ من جانب هؤلاء الأطفال، وازدادت التفاعلات التي لم يتضمنها الموقف وهو ما يعد نتيجة للتعميم. وبعد الاستبعاد التدريجي لتلك الصور استمرت التفاعلات وتم تعميمها على الأنشطة الأخرى.

4: البرامج الترفيهية :

أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، لما توفره من بهجة وسرور، وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين.

ومن البرامج الترفيهية :

1- **العلاج باللعب:**

العلاج باللعب الوسيلة الأولى التي يفهم بها الصغار العالم من حولهم ، وهو أول أشكال التواصل لديهم، ويستخدمه المرشدون لغايات التشخيص والعلاج، وتستخدم هذه البرامج لتخليص الأطفال من الانفعالات، والتوتر، كما يفيد في تنمية المهارات المختلفة لدى العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، ويستخدم العلاج باللعب مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لتنمية مهارات الاتصال مع الآخرين. (نصر، 2001) .

استراتيجيات لتحسين سلوك اللعب:

وأورده (الحساني،2005) بعض الاستراتيجيات لترقية سلوك اللعب والتفاعل الاجتماعي عند أطفال التوحد وهي كالتالي :

1. إعطاء التعليمات المباشرة لأطفال التوحد في الألعاب وسلوك الطفل.
2. استخدام الأقران لترقية السلوك الاجتماعي.
3. استخدام الأيدي في وضع الجسم تشمل المسافة والتفاعل.
4. يشارك الكبار أطفال التوحد اللعب.

وأكد (Atlas) كما أوردته(نصر،2001) على أهمية اللعب واستخدامه كوسيلة تعليمية تشخيصية وعلاجية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وركزت دراسته على أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أعمارهم ما بين 4 سنوات و5 أشهر و 14سنة و5 شهور إن أداء الأطفال في اللعب ارتبط ببعض الرمزيات اللغوية وذلك من خلال أدائهم لبعض الرسوم وتكرر ذلك من خلال عدة جلسات علاجية باللعب.

2- **الأنشطة الرياضية:**

لأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير قادرين على إنتاج اللعب بأنفسهم فمن الأفضل تشجيع الأنشطة الرياضية التي لا تحتاج إلى التحليل مثل، ركوب الخيل، والتأرجح آليا، و يبدي الطفل مخاوف اتجاه الألعاب ورفض ممارستها؛ لذلك لا بد من اصطحاب الطفل إلى الأماكن التي تتواجد فيها الألعاب وفتح المجال للمشاهدة في البداية، ثم إعطاؤهم فرصة للمحاولة مع الحرص على عدم اندفاعية الأطفال نحو الألعاب. ومستوى النشاط الرياضي يعتمد بشكل رئيسي على جاهزية الفرد للنشاط ومدى التزامه بالبرنامج (Wing , 1980).

ولا يمكن تحديد الأنشطة الرياضية بمكان أو أسلوب معين، حيث من الممكن استخدام رياضة الركض، والمشي لمسافات طويلة، والسباحة، والرحلات البرية، وحدائق العاب الأطفال. وكذلك يمكن ممارسة النشاط الرياضي في المنزل، حتى تعطي التمارين الرياضية ثمارها في تحسين حالة التوحد يجب أن تتكرر عدة مرات أسبوعيا ولفترات لا تقل الواحدة منها عن (20– 30) دقيقة .(حمدان ، 2001)

وعند تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الأنشطة الرياضية لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الأمور التالية :

1. الهدف من تعليم النشاط الرياضي ليس فقط للنشاط وإنما لضبط سلوكيات غير مرغوبة.
2. تشمل الأنشطة الرياضية تنشيط عضلات الجسم كاملة.
3. زيادة مستوى النشاط الرياضي بناء على مستوى وقدرة الطفل. (زريقات ، 2004)

3- العلاج بالفن :

يلعب الفن دورا هاما في علاج مهارات الاتصال سواء كانت لغوية أو اجتماعية ويعتبر الاتصال لغة في حد ذاته، سواء كان للصغار أو المراهقين أو الكبار ويتيح لهم فرصة التعبير عن النفس ويعمل على إيجاد علاقة بين الطفل والقطعة الفنية التي يصنعها (نصر ، 2001)

ويعتبر الفن من أهم الأنشطة المحببة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فهي تساعدهم على تنمية الإدراك الحسي بتنمية مهارة التقليد، والانتباه، والإدراك البصري عن طريق الإحساس باللون والمساحة والخط، والمسافة والبعد، والحجم بالإضافة إلى تنمية الإدراك باللمس عن طريق ملامسة السطوح.

من فوائد استخدام الأنشطة الفنية :

1. تعطي الأنشطة الفنية للطفل ذو اضطراب طيف التوحد فرصة لتحقيق ذوات والتقليل من شعوره بالدونية والقصور.
2. تنمية استعداد الطفل ذو اضطراب طيف التوحد ومهاراته الجسمية اليدوية والوظائف الحركية.
3. يتيح للأطفال فرصة التعبير عن أنفسهم والاتصال بمن حولهم.

4. تنمي استعداد الطفل ووظائفه العقلية كالانتباه والتمييز الإدراكي والحفظ والتذكر.
5. تتيح المواد المستخدمة فرص إمكانية التعبير عن ذاته، وإنتاج أعمال جديدة، وزيادة شعوره بالإنجاز.
6. تنمية النواحي الاجتماعية والتعاون مع الآخرين.
7. إعداد الطفل لتعلم الكتابة وتنمية قدرته على التقليد. (. (الجلبي، 2005)

4- العلاج بالموسيقى:

يستخدم العلاج الموسيقي في العديد من المواقف التعليمية المختلفة مع الأطفال التوحديين قد يستخدم في تعليم جوانب معرفية أو أثناء التدريب على مهارات الحياة الأساسية (الراوي ، 1999) ، من الفوائد المترتبة على هذا النوع من العلاج زيادة مدة الجلوس على الكرسي وتسهيل مشاركة الطفل في مجموعات اللعب، والعمل، وتطوير الكلام وزيادة التواصل البصري . (الشيخ ذيب ، 2004)

خامسا. أساليب التدخل الطبي – الحيوي :-

يمكن استخدام هذا النموذج البيولوجي الخاص بالتوحد لمعرفة فاعلية مختلف المعالجات الدوائية المستخدمة من عدمها . ولا يمكن هنا عرض دراسة تفصيلية لكل هذه المعالجات ولكن هناك عدد من العناصر البارزة . (أ) الأدوية : أولا ، ليس كل الأشخاص المصابين بالتوحد (مع الاضطرابات المصاحبة) سواء . فلا يزال الطبيب يستند في توصياته على التجربة والخطأ . وإن الأسلوب المنطقي جدا في علاج زيادة المواد المخدرة في الجسم هو استخدام دواء فعال مضاد للمواد المخدرة يتم تناوله بالفم مثل \ نالتريكسون \ . مع أن التقارير لمن تكن إيجابية على مستوى العالم فقد أوضحت بعض الدراسات (سيفو " 1991 "\ SCIFO) وجود أثر مفيد ملحوظ عند استعمال الدواء بجرعة مناسبة ومنخفضة . وحيث أن وجود المواد المخدرة عامة (ولكن ليس بصورة حصرية بالطبع) يقلل السريان في الأنظمة الرئيسية في الجهاز العصبي المركزي فإن الأدوية التي تقلل السريان كثيرا (مثل الأدوية المهدئة التي تؤثر على الأنظمة الدوباميتيه) يمكن القول بأنها غير مفيدة . وإن أدوية مثل سلبريد أو هالوبيريدول

التي تزيد من السريان الدوباميني عند استعمالها بجرعات منخفضة مناسبة يمكن أن تكون مفيدة . وأن ريسبيريدون سيعزز السريان السيروتونيرجي (من خلال المفعول المشارك 5- H T2) ويعزز كذلك السريان الدوباميني (من خلال مفعول المقاومة D2) ولذلك يبدو واعدا . توجد العديد من الأدوية المشتركة الاستخدام التي يمكن التكهن بفعاليتها باستخدام هذا النموذج . (شاتوك ، سيفري 2005)

سادسا : أساليب تدخل أخرى

1. **التدريب على التكامل السمعي**

وتقوم آراء المؤديين لهذه الطريقة بان الأشخاص المصابين بالتوحد مصابين بحساسية في السمع فهم إما (مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية و لذلك فان طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص السمع أولا، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد بحيث يستمعون إلى موسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (دجيتال) و التي تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حال نقصها

وهذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم و بمعدل نصف ساعة و لمدة عشرة أيام متواصلة إن هذا البرنامج غير مؤذ و انه ليس من الواضح فيما إذا كان الإصغاء الى الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء الى الموسيقى و ليس هناك إثباتات علمية بان العلاج كان ذات فائدة للطفل . (الجلبي، 2005)

2. **أسلوب العلاج بالتكامل الحسي** sensory integration therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني و يقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط و تكامل جميع الأحاسيس الصادرة من الجسم ، و بالتالي فان أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم ، السمع ،البصر ،المس ،التوازن ،التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية ويقوم بعلاج هذه الأحاسيس و من ثم العمل على توازنها و لكن في الحقيقة ليس كل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يظهرون أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي كما انه ليس هناك علاقة واضحة و مثبتة بين

نظرية التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للطفل ،المساح ،اللمس برفق و استخدام اللمس التي تعين الطفل على الاستجابات التكيفية فضلا عن تدريب الدماغ الطفل لتكامل المدخلان لمختلف الأحاسيس لقد جرب هذا البرنامج على (10)أطفال و تم إعطاؤهم (15)دقيقة من العمليات المساجيه قبل النوم ، و قرأ على (10)أطفال آخرين القصص قبل النوم و بعد مرور شهر على هذا البرنامج وجد تحسنا واضحا في السلوك الاجتماعي .

ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر عملية من التدريب السمعي و التواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه

3. أسلوب العلاج بالحمية الغذائية :

ظل آباء الأطفال المصابين بالتوحد والاضطرابات المصاحبة لسنين عديدة يستقصون في أثار الأطعمة المنزوعة الغلو تين والكازيين ، وعموما فقد كان هناك شك في هذه الجهود أو عدم رضا من أغلبية المختصين ، وهناك أطباء ومختص تغذية ومدرسون ومتخصصون آخرون في الرعاية مستعدون لبحث هذه الأفكار لأنفسهم ولكن الآباء يميلون إلى عدم الاندفاع لمتابعة تلك التدخلات ، وتقدم الدراسات النرويجية دليلا مؤيدا لفاعلية تلك التدخلات ولكن حتى ترد إجابة أخرى فإن المختصين يجدون صعوبة في تقديم موافقة خالصة على تلك الجهود .

وقد أكملنا أخيرا المرحلة الإرشادية لدراسة تشمل إزالة الغلوتين من الغذاء (وايتلي –1997) ونظرا لأن العدد الكلي للأشخاص الذين يخضعون للاختبار صغير نسبيا فإنه يجب أخذ الحذر في عمل أي نتائج ختامية ولكن كان هناك تناسق وانسجام مدهش بشأن التغييرات التي ذكرها كل مدرسين وآباء الأطفال الخاضعين للاختبار ، وقد ظهرت أكثر حالات التحسن انسجاما في تطور اللغة والقدرة على التركيز . كما ظهر تحسن في أساليب النوم لدى معظم الأشخاص الذين خضعوا

للاختبار . وإذا كـان هنـاك ثمـة شيء اتضحت فيه هذه التحسينات أكثر فهو الأشخاص الخاضعين للاختبار والذين تألموا كثيرا

نحـن متردديـن فـي التوصية بهذه الأساليب ودائما نضغط على الأبوين ليشـاورا مع طبيبهم العام وإذا أمكن مع أخصائـي التغذية قبل إجراء تلك التجربـة . وعلـى كـل حال نحن دائما مستعدون للرد على طلبات المعلومـات والنصيحة . وذكـر العديـد مـن الآباء حدوث ترد في السلوك في البداية في عدد من الطـرق وهـذه قـد تفسـر فيما يتصل بآثـار السحـب . وإن إزالـة الأغذيـة التـي قد تؤدي لإنتاج المواد المخدرة يمكـن التنبـؤ بهـا لإحـداث آثار مماثلة لتلـك الـتي شوهـدت عنـد سحـب الأدويــة المخـدرة مـن شـخص مـدمن للمخـدرات ، كمـا ذكـر الآبـاء حـدوث قلـق والنظـر في الفضـاء والأطـراف الفقيـرة والـدوار وسـوء المزاج بشكـل عـام ، ولكن هذا لا تدوم أكثر مـن أسبوعيـن أو نحوهمـا . وتفترض ملاحظاتنا أن هذه الآثـار أكثـر وضـوحا في الأطفـال الصغار ، وتشهير التجربـة إلـى أن ظهـور هـذه الآثار السالبة يتعلق فعـلا بنتيجـة أكثـر إيجابية للتدخل . إن التقاريـر القصصيـة الـواردة مـن الآبـاء مشجعة ونحـن نـدرك أن آلاف الآبـاء تتـم مقابلتهم بهـذه الطريقـة مـع تأييـد أطبائهـم أو عدمـه ، ونحـن أيضـا مدركون لعدد محدود مـن التقاريـر حيـث أفـاد آبـاء الأطفـال المؤدون بأنفسهم بحـدوث تحسينات سريعة جـدا ، ولـدينا معرفـة شخصـية بعـدد أو حـالات أبـدى فيهـا صـغار الأطفال حالات تحسن سريعة جدا ولكن لا يمكن اعتبارهـا نهائية في هــذه المرحلــة ، وكما نعلم فـإن أول حالـة تـم فيهـا إعداد طبيب لوصف المواد الخالية مـن الغلـوتين في مركز خدمة الصحة الوطنية (في المملكــة المتحـدة) للتوحـد كـان عـام 1995 . وعلـى الرغم من عـدم حصولنـا علـى المعلومـات المناسبـة فسنقدر ذلك بـأكثر مـن 50٪ مـن الحالات التي تم إدخالها والنتائج الملحوظـة لوصـف هـذه المنتجات بهذه الطريقـة . وقـد حان الوقت بوضوح للشروع في التجارب الإكلينيكية حتـى يتسـنى قيـاس فعاليـة تلـك التدخلات وإن دراستنـا الإرشاديـة التـي تناولـت استخدام أنـواع مختلفـة مـن أدوات التقدير السلوكـي والنفسي إضافة إلى مراقبة صـور الببتيدات (المـواد الهضـمية) البوليـة لفترة ستة أشهر تمـدد إلـى بحـث دقيـق جـدا نأمـل أن يقـدم معلومات عن فعاليـة هـذا النوع من التدخل

4. **أسلوب إزالة المركبات الصبغية (الفينولته) من الأطعمة**

وضحت الدراسات أن نشاط الإنزيمات الناقلة للكبريت يزول كثيرا بوجود المواد الكيماوية المحتوية على نسبة عالية من الراتنج الفينول، وإن العديد من تلك المركبات مصبوغة ولهذا السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء والأطباء قد أزالوا كل المواد الملونة (الصبغية) من الطعام . ويعتبر (ساره دايت) أحد تلك الأطعمة الذي وجد قبولا كبيرا في الولايات المتحدة . وقد طورت ذلك إحدى الأمهات وهي ساندرا جونسون التي قامت لأسباب عديدة بإزالة كل الأطعمة المحتوية على الإصباغ الجزرانية وإصباغ النكهة والساليسيلات وبعض المركبات الأخرى .

5. **أسلوب استعمال الإنزيمات الإضافية :-**

يلاحظ أن الآباء ولعقود من الزمن كانوا يستخدمون إضافات تغذية من(محلات الأطعمة الصحية) في محاولة لتحسين فرط النشاط لدى الأطفال ، وقد أحتوى المنتج المفضل على (البيسين) (pepsin) وهو إنزيم يكسر البروتينات وبذلك يقلل مستويات البيتيدات (المواد الهضمية) ، كما أحتوى على (كلوريد بيتين) (هيدروكلوريد غلايسين الميثيل الثلاثي) الذي يقال أنه يجعل محتويات المعدة أكثر حمضية وبذلك تستطيع الإنزيمات أن تعمل بفعالية أكثر ، وهذا الدور الذي يصعب تفسيره يعطي هذه الافتراضات معنى حقيقيا .

البرنامج التربوي الفردي

مفهوم البرنامج التربوي الفردي

يشكل البرنامج التربوي الفردي منهاج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الملتحقين بالمؤسسات التعليمية والتدريبية المختلفة من مدارس ومراكز تربية خاص ويشير البرنامج التربوي الفردي إلى مجمل الخطتين التربوية الفردية والتعليمية الفردية المنبثقة عنها وفيما يلي بيان تفصيلي عنهما من المفهوم إلى الأهداف فالمكونات والأهمية و ....الخ انتهاء بنماذج توضيحية حولهما .

مفهوم الخطة التربوية الفردية

تشكل الخطة التربوية الفردية حجر الزاوية في بناء منهاج ذوي الحاجات الخاصة إذا تعتبر بمثابة المنهاج الفردي لكل طفل معوق ،وتعد هذه الخطة بعد ا الحصول على نتائج تقييم الأداء الحالي للطفل المعوق على أبعاد المنهاج المختلفة.لتكون مخطط هادف لتعليم التلاميذ يشمل ما يتطلبه هذا التعليم من أدوات ومستلزمات محدده واستخدام النشاطات والحاجات الأزمة فهي تصمم بشكل خاص لطفل معين لكي تقابل حاجاته التربوية بحيث تشمل كل الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينة وفي فترة محدودة ولتصف بذالك ماذا يتوجب على المعلمين والأخصائيين الآخرين القيام به للإيفاء بالحاجات التعليمية الخاصة للأطفال المعوقين

أهداف الخطة التربوية الفردية

تسعى الخطة التربوية الفردية لتحقيق جملة من الأهداف الهامة التي تشكل في مجملها ما يلي

- ضمان حق التلميذ في الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تلبي جميع احتياجات التلميذ الخاصة من خلال إتباع العملية المنصوص عليها في الخطة .
- ضمان حق الأسرة في تلقي الرعاية المناسبة لأبنائها
- . تحديد نوعية وكمية الخدمة التربوية والمسندة المطلوبة لاحتياجات كل تلميذ على حده
- تحديد الإجراءات الضرورية لتقديم الخدمات التربوية المساندة لكل تلميذ على حده
- تحقيق التواصل بين الجهات المعنية لخدمة التلميذ و الأسرة لمناقشة وضع القرارات المناسبة والمتعلقة باحتياجات التلميذ.
- قياس مدى تقدم التلميذ في تحقيق الأهداف الموضوعة له في البرنامج

أهمية الخطة التربوية الفردية

- ترجمة فعلية لجميع الإجراءات التي يقوم بها فريق العمل متعدد التخصصات نقاط الضعف والقوة لدى المعاق

- وسيلة التواصل بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات
- وسيلة لتحديد الخدمات المساندة التي يحتاجها المعاق مثل:
- الخدمات النفسية والاجتماعية والصحية والإرشادية وتدريبات والنطق والإرشاد النفسي والعلاج الطبيعي .....الخ
- إتاحة الفرصة لتقريب وجهات النظر بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات والجهات ذات العلاقة في المعهد أو البرنامج أو في المركز وبالتالي تعمل الخط على تمكين الجميع من مراقبة المعاق وتحديد مواطن القوة والضعف لديه
- تحديد مستوى فاعلية الجهات ذات العلاقة في تقديم الخدمة الملائمة للمعاقين
- تحديد مسؤوليات كل عضو من أعضاء الفريق فيما يتعلق بتنفيذ الخدمات التربوية الملائمة للمعاق
- أداة التقييم أولى لمستوى أداة كل طالب على حده في ضوء احتياجاته
- تعطي للمعلم الحق في متابعة وتنفيذ الخطة التربوية الفردية من قبل فريق العمل والجهات ذات العلاقة ة للمعاق
- تتيح الفرصة لفريق العمل متعدد التخصصات لاختيار المنهج أو الطريقة أو الإستراتيجية المناسبة للاحتياجات التعليمية
- تؤدي إلى إشراك والدي الطالب في العملية التربوية ليس بوصفها مصدرا مفيدا للمعلومات فقط وإنما كأعضاء فاعلين في الفريق متعدد التخصصات
- تعمل بمثابة محك للمسائلة عن مدى ملائمة وفاعلية الخدمات المقدمة للطالب
- تسهم في إتاحة الفرص للمعلمين وأولياء الأمور للعمل معا من اجل تحديد حاجات الطالب والخدمات التي ستقدم له والنتائج المتوقعة
- تعمل بمثابة أداة إدارية وتنظيميه تضمن تقديم خدمات التربوية الخاص والخدمات المساندة التي يحتاج إليها
- تعمل بمثابة أداة لتقييم مستوى التطور الذي يحرزه الطالب ومدى تحقيقه للأهداف المحددة له
- تشكل التزاما كتابيا واضحا بتقديم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساعدة اللازمة للطالب

مكونات الخطة التربوية

تشمل الخطة التربوية عدة جوانب أهم ها:

1. معلومات عامة عن الحالة : كاسم الطفل وعمره وجنسه وصفة وطبيعة المشكلة التي يعاني منها ودرجتها
2. وصف مستوى الأداء الحالي : ويقصد بذالك أن يتعرف واضع المنهاج على الجوانب السلبية والايجابية في أداء الطفل المعوق عقليا من خلال نتائج مقاييس المهارات المختلفة ويجب أن ينظر إلى مستويات الأداء الحالي على أنها عبارة عن تلخيص لجوانب القوة والضعف عند الفرد ويمكن أن توصف هذه المستويات إما باختيارات رسمية أو وصف السلوك لدى الطفل بدلا من التركيز على جوانب السلبية فقط
3. وصف تقرير عن الأهداف السنوية والأهداف قصيرة المدى : يعرف الهدف السنوي أو الهدف العام بأنه التحصيل المتوقع من الطفل خلال مدة زمنية معينة كسنة مثلا بحيث يكون هذا الهدف قابل للقياس وذا اتجاه ايجابي وموجهها إلى الطفل وتعتبر هذه الأهداف القصيرة المدى نقطة انطلاق نحو الأهداف السنوي للطفل وكذالك يجب أن تكون الأهداف القصيرة محددة وقابلة للملاحظة والقياس وموجهه نحو الطفل إيجابيته.
4. الخدمات التربوية العامة التي تقدم للطفل : يجب أن تتضمن الخطة التربوية الفردية جميع الخدمات التربوية الخاصة التي يحتاجها الطفل لتحقيق أهداف الخطة ومن هذه الخدمات التي تقدم للطفل خدمات التربية الجسمية وخدمات التربية المهنية .
5. بيان طول الفترة الزمنية التي يشارك فيها الطفل في برنامج التربية العادية (للصف العادي)هذا في حالة تطبيق البرنامج
6. بأن تاريخ البدء في تقديم الخدمات والمدة المتوقعة لاستمرار تلك الخدمات حيث يجب أتقدر المدة المناسبة لتقديم الخدمات التربوية الخاصة للطفل على مدار العام الدارسي وأن يبين ذلك في الخطة التربوية الفردية
7. إجراءات التقييم لتحقيق الأهداف القصيرة المدى على أساس سنوي حيث تكون معايير التقييم مناسبة للفرد ونوع الإعاقة والسلوك المتوقع

8. تحديد الخدمات المناسبة الأخرى المرتبطة مثل العلاج الطبيعي و الموصلات الإرشادات الأخرى

- وقد أشار القانون الأمريكي العام (94/ 142) إلى أن الخطة التربوية الفردية تتكون مما يلي :
- مستوى أداء الطفل الحالي .
- الأهداف السنوية والأهداف القصيرة.
- الخدمات الخاصة التي تقدم للطفل .
- تحديد الحد الأعلى من الأداء الذي يتوقع أن يصل إليه الطفل .

اعتبارات بنا الخطة التربوية الفردية

من الاعتبارات التي يجب أن تأخذ بالحسبان والتي يجب على الفريق متعدد التخصصات مراعاتها عند بناء الخطة التربوية الفردية وهي :

- معلومات عن السجلات المدرسية الحالية اختيار الاختبارات المقاييس التي تتناسب مع ذوي الحاجات الخاصة بشكل يسهم في تحديد مستوى الأداء الحال لذوي الاحتياجات الخاصة لتحديد الخدمات التي يحتاج إليها.
- مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة .
- توفير البيئة التعليمية المناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة
- تجزأت المهمات التعليمية ألموضوعات الأهداف ، المهارات ،....) المتعلقة بالخطة التربوية الفردية
- مراعاة توافر فرص النجاح لذوي الاحتياجات الخاصة .
- مرعاه درجة الإعاقة أو التأخر النمائي (قابلون للتعلم ، قابلون للتدريب ،اعتماديون)
- التسلسل في المهمات التعليمية حسب الأهمية
- إدراك أهمية دور كل عضو من أعضاء فريق متعدد التخصصات وتضافر الجهود المبذولة لتكامل الخطة
- أن تكون صياغة الأهداف بصورة سلوكية حتى يمكن قياسها وملاحظتها .
- معلومات عن السجلات المدرسية الحالية لذوي الاحتياجات الخاصة
- جود مشكلات سلوكية أو انفعالية

أسس بناء الخطة التربوي الفردية

لضمان نجاح الخطة التربوية واستثمار جهود الفريق المتعدد التخصصات ، لابد من توافر عدة أسس أهم ها :

- الاهتمام بالتشخيص المبكر مع الإشارة إلى أن البرنامج العلاجية المبكرة الجيدة لا تلغي الحاجة إلى برامج في المستويات العمرية المتقدمة
- مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة ،حيث يمكن تفريع الخطة التربوية الفردية إلى العديد من الخطط التنفيذية وفقا لعدد المتدربين وعدد المواضيع الدراسية.
- الإدراك التام بحق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في الحصول على الخدمات المتاحة للعاديين فضلا عن الخدمات التي تتليها الإعاقة
- إدراك أهمية الأدوار المناط بالفريق المتعدد التخصصات فضلا عن إدراك أهمية التعاون والتضافر
- الوعي التام ب أهمية الخطط التربوية الفردية و الإدراك التام أنها تمثل حجر الزاوية في بنا مناهج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة
- مراعاة ظروف الفرد ذوي الاحتياجات الخاصة والآثار المترتبة على الإعاقة
- ربط الخبرات التعليمية بواقع الحياة اليومية للطلبة ذوي الاحتياجات

معوقات بناء البرامج التربوية الفردية

هناك بعض الصعوبات التي قد تواجه عملية تطبيق الخطة التربوي الفردية مثل :

عدم توظيف نتائج التشخيص والتقييم في إعداد البرامج والخطط التربوية الفردية

- عدم وجود فريق متعدد التخصصات
- معظم الأهداف قصيرة المدى مفقودة وأن وجدت فهي غير ملائمة لقدرات الطالب
- عدم إشراك الأسرة في البرنامج التربوي الفردي

- عدم رضا المعلمات عن خبراتهن في إعداد البرامج التربوية الفردية وحاجتهن للتدريب

فريق الخطة التربوية الفردية

تتكون لجنة الخطة التربوية الفردية من مدير / مديرة مركز التربية الخاصة ومعلم الطفل المعوق والمعلم العادي وولي أمر الطفل المعوق و الأخصائي النفسي في المركز وأي أشخاص آخرين لهم علاقة بوضع الخطة التربوية الفردية وتظهر مهمة

هذه اللجنة في مسؤولية متابعة ما جاء في الخطة التربوية الفردية وتحقيقها وإعدادها مع بداية كل شهر أو فصل دراسي تحديد أهداف الخطة التربوية الفردية

هناك عدة خطوات لتحديد أهداف الخطة التربوية الفردية نستعرضها فيما يلي :اجمع المعلومات المتاحة عن الطالب

ينبغي أن تتم مراجعة التقارير السابقة للطالب ، بما في ذالك التقارير التربوية والنفسية والطبية وتقارير مقابلات تمت مع احد الوالدين أو كليهما هذه المعلومات ستساعد على تحديد مستوى أداء الطالب ومواطن قوته و ضعفه ومعرفة مستوياته التطورية والدراسية وبناء على هذه المعلومات يستطيع المهتمون أن يضعوا محتويات الخطة التربوية الفردية الأساسية ، كما ينبغي أن نكون الأهداف التربوية التي يضعها جميع المختصين القائمين على التعليم الطالب مرتبط بعضها بالبعض الآخر ،ويتم ذالك من خلال اجتماعات يتم فيها مناقشة الأهداف المبتدئة للطالب **اسأل نفسك الأسئلة التالية التي ستساعدك على تحديد احتياجات الطالب**

ما هي المهارات التي يحتاج إليها الطالب لكي يكون مستقلا في حياته ؟ وما أهم الأهداف للفترة الراهنة ؟

أن أهم الأهداف اللازمة للفترة الراهنة هي التي تنطوي على اكبر درجة من التأثير على حياة الطالب ،يتم تحديد هذه الأولويات من خلال مقابلة أسرة الطالب وتحليل محيط الطالب والمهارات اللازمة للتعامل مع محيطه ، ويشمل ذالك تحديد أنشطة الطالب اليومية الأسبوعية من وقت استيقاظه إلى وقت نومه وبعد ذالك يتم تحديد ما ينقص الطالب من مهارات والأولويات التي ينبغي تعليمها في الدرجة الأولى وبوجه

عام ،في بداية مراحل التدريب تعكس أهم الأهداف عادة تعليمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوك اللائق و إتباع روتين الفصل بما في ذلك الجداول اليومية كما ينبغي تعليم الطالب التعامل اللائق مع أخواته وجميع أعضاء أسرته لما في ذالك من تأثير على نوعية حياته اليومية .

هل يستطيع الطالب ان يعبر عن اهم احتياجاته الأساسية ؟

هذا أهم من الأسئلة التي يمكن أن تطرحها . أن للقدرة على التواصل أهمية كبيرة في حياة الفرد لعلك تتصور السيناريو التالي لتفهم ما يعنيه التواصل .تصور نفسك في دولة أجنبية في عالم لا تفهمه يختلف الناس فيه عنك أنك لا تفهم شيئا مما حدث حولك والناس لا يفهمون حتى إيماءاتك تريد أن تأكل ذالك الطعام الذي أحببته لكنك لا تعرف اسمه وتريد أن تذهب إلى مكان أحببته لا كنك لا تجد احد يسمعك و ما هو أهم من ذلك كله أنك تجد أناسا يريدونك أن تفعل أشياء لا تعرف ما هي ولا كيف تفعلها أو كنت لا تريد أن تفعلها ، وعندما أبديت مقاومة للدلالة على أنك لا تريد أن تفعل شيئا ضربوا وصرخوا في وجهك كيف سيكون شعورك ؟ ألا يعتريك الغضب في مثل ذلك الوضع ؟ كيف ستعبر عن غضبك ؟ فكر الآن فيما سيحل مشكلتك . أنك في حاجة أولا وقبل كل شي أن تتعلم كيف تتواصل مع هؤلاء الناس وتعبر لهم عن أهم احتياجاتك ، حاجتك إلى الطعام والشراب أو العمل أي شي تفضله أو أن تقول لا أو تطلب المزيد من شي تريد الحصول عليه . وتريد أيضا أن تفهم البيئة من حولك وهذه الأوضاع تمثل كيف يحس الطالب ذوي اضطراب طيف التوحد الذي لا يتمكن من التواصل مع الغير وبالتالي فأن ما يحتاج إليه هؤلاء الأطفال هو تخطيط دقيق يهيء لهم فرصا كثيرة لكي يتعلموا التعبير عن أنفسهم وفهم غيرهم من الناس من حولهم، أن لهم حقا كما هو لنا جميعا في أن يكونوا سعداء ومستقلين وفخورين بأنفسهم

هل يساعد تعلم المهارات على تحسين نوعية حياة الطالب وهل يجعله أكثر استقلالا ؟

في كثير من الأحيان يتم تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مهارات من منهج تطوري يحدد تسلسل التطور الطبيعي للأطفال في مجالات التطور المختلفة بما في ذلك

الإدراك والحركة و اللغة والمهارات الاجتماعية والعاطفية والاعتماد على النفس ويتم تعليم الطلاب بإتباع هذا التسلسل ونتيجة لذلك يكون هناك أمثلة كثيرة يضيع فيها وقت الطالب وهو يتعلم مهارات لا يحتاج إليها في الحقيقة .

وهذا النوع من التدريب لا يتناسب مع الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد لأن تطورهم لا يجري وفق التسلسل العادي لتطور المهارات وبالتالي ينبغي التركيز على تعليمهم المهارات التي ستساعدهم على أن يصبحوا أكثر استقلالا ومن ثم تسهم في تحسين نوعية حياتهم

في اية أوضاع يمكن أن تطبق هذه المهارات هل يحتاج الطالب هذه المهارة حاليا وفي المستقبل ؟

بوجه عام ، ينبغي تعليم الطالب مهارات يمكن أن يستخدمها في معظم الأوضاع سواء كأن ذلك في البيت أم في المدرسة أم في المجتمع وفي المقابل ينبغي تجنب تعليم تلك المهارات التي لن يستخدمها الطالب إلا في وضع محدد

هل يعاني الطالب مصاعب في المعالجة الحسية ؟

معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم مصاعب في المعالجة الحسية ويلزمنا بهذه الأمور عندما نخطط لوضع خطة تربوية فردية ولا سيما في كيفية تصميم البيئة المناسبة للطالب

هل يبدي الطالب اهتماما بتعلم مهارات معينة ؟

إذا كأن الطالب يريد أن يتعلم شيئا فمن الأرجح أن يكون لديه حافز كبير لتعلمه وفي ضوء ذلك سيكون انتباهه وسرعة تعلمه أفضل مما هما عليه فيما لو تعلم هدفا مفروضا عليه فرضا ويمكن كذلك استخدام اهتمام الطالب في تعليمه أشياء أخرى فإذ كأن الطالب مهتما بالسيارات على سبيل المثال فعلى المعلم أن يستخدم السيارات في تعليمه التواصل وكيفية اللعب وكيفية المشاركة الاجتماعية مع الكبار و الأنداد والألوان والإعداد والمواقع والمهارات الجغرافية والمهارات الميكانيكية وغير ذلك بما يتناسب مع مستوى الطالب واحتياجاته .

ما لذي يمكن عمله لإضافة فسحة من المرح على عملية التعليم ؟

الحاجة إلى المرح والسعادة بالغة إلى أهمية و المشكلة في كثير من البرامج التي توضع للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مبنية على الاعتقاد بأن عمليو التعليم ينبغي أن تكون مملة وأن تعتمد على التكرار وهو شيء لا صحة له على الإطلاق . اذا كأن الطالب يستمتع بما يفعل فمن المرجح أنه سيكون أكثر انتباها لك وأكثر قابلية ليتعلم منك ما تعلمه وأفضل إصغاء لما تقوله و أكثر استجابة لما تطلب منه أن يفعله ، والمربي بدورة سيكون أكثر استمتاعا بما يفعل لأن المرح قد يكون علاجا للنفس المرهقة، سواء أكانت نفس المعلم أو الطالب اسأل نفسك الأسئلة الخاصة التالية لاختيار كيفية عرض الأهداف التعليمية وتعليمها

ما هي أفضل الطرق لتعليم مهارة جديدة ؟

- ما مدى انتباه الطالب ؟في أية أوضاع يزيد احتمال انتباهه وفي اية أوضاع يقل ؟ ما أفضل طريقة لتعيد توجيه انتباهه ؟ما أفضل طريقة لإبقائه منتبها ولجذب انتباهه؟ما الذي يحفز الطالب ؟ما هي النشاطات التي يحبها فعلا ؟
- كيف يتعامل مع التغيير ؟ما أفضل طريقة للتعامل مع التغير ولتشرح له أن التغيير قريب ؟
- ما الذي يحبط الطالب ؟
- ما هو أفضل وضع يتعلم فيه الطالب من حيث الأنوار ؟الضجيج ؟الحرارة ؟

المقابلة الأسرية الخاصة بالخطة التربوية الفردية

كما أسلفنا ،لا يمكن كتابة الخطة التربوية الفردية من دون موافقة أسرة الطالب ومشاركتها وهناك طريقتان لمشاركة الأسرة في كتابة الخطة التربوية الفردية لابنها ولابنتها أولهما أن يتم الاجتماع مع الأسرة ويتم تحديد الأهداف التربوية جميعا ومن ثم كتابة الخطة وبعد ذالك تقوم الأسرة والمهتمون بتعليم الطالب بالإمضاء على الموافقة أما الطريقة الثانية فتتضمن أن يحدد الاختصاصيون القائمون على تعليم الطالب الأهداف التربوية بشكل مبدئي ويكتبوا الخطة التربوية الفردية للطالب بعد ذلك ،يتم

تحديد موعد مع الأسرة الطالب لمناقشة الخطة ،وإضافة أو حذف أهداف تربوية بما يتناسب مع رغبتهم واحتياجاتهم وفي رأي المؤلفة أن الطريقة الثانية هي

الأفضل لأنها تساعد الأسرة بشكل أفضل على تحد يد أولياتهم واحتياجاتهم .

نناقش فيما يلي كيفه التحضير للاجتماع مع أسرة الطالب وتنفيذه .

الاستعداد للقاء

- اتفق مع الوالدين على زمن للاجتماع
- اتصل بهم الأخذ موعد قبل أسبوعين من اللقاء
- أرسل إليهما الخطاب المخصص لهما (والذي سنأتي عليه لاحقا)
- حدد من سيحضر الاجتماع .هل سيحضران معا أم أن احدهما سيحضر ؟ حضر نسخة من الخطة لكل منهما، ينبغي ايضا أن يحضر رئيس التعليم والمعلمون الذين سيعلمون مع الطالب والمساعدون والاختصاصي الاجتماعي .ويتعين على اختصاصي الخدمات المساندة كالتوصيل و التدريب على الكمبيوتر أو التربية الفنية أو التربية البدنية
- أو المعالجة المهنية أن يحضروا ويحدث احيأنا أن هؤلاء الأشخاص الذين يعملون مع عدد كبير من الأطفال يصعب عليهم أن يجدوا الوقت الكافي لحضور الاجتماع الكامل الخاص بكل ، وفي هذه الأحوال يمكن تخصيص جزء من وقت الاجتماع لحضور اختصاصي الخدمات عوضا عن حضور الاجتماع بأكمله
- قم بإعداد البيئة للاجتماع ،
- حاول أن توفر أسباب الراحة من كراسي وإنارة كافية ودرجة حرارة ملائمة تأكد من وجود كراسي كافية لجميع الأشخاص الذين سيحضرون الاجتماع
- حدد من سيدون محضر الاجتماع
- اعد جدول أعمال وزعه على الحاضرين حالما يبدأ الاجتماع ويتطلب تحديد جدول أعمال الاجتماع بالوالدين ما يلي :
- عرف بالأشخاص الحاضرين وبوظائفهم

- اذكر الغرض من الاجتماع المخصص للخطة التربوية الفردية و هو مناقشة الخطة الفردية الخاصة بالطالب في العام الجاري . اخبر الوالدين بأن هذه المادة التي يشاركان فيها ليست البرنامج النهائي ولكنها تمثل توصيات العاملين في المركز أو المدرسة وذكرهم بأن اقتراحاتهم التي يقدمها حول الأهداف التعليمية لطفلهم مهمة جدا
- أعط كلا من الوالدين نسخة من الخطة التربوية الفردية غير النهائية
- استعرض جميع المعلومات الخاصة بالتقويم ونتائج الملاحظة والخطة التربوية السابقة أن وجدت وعند مناقشة الأداء السابق للطفل حاول أن تكون ايجابيا إلى ابعد حد ممكن ولا تحضر تركيزك فيما لا يستطيع الطالب أن يفعله لأن ذلك قد يضاعف إحباط الوالدين بل اخبرهما أيضا بما يستطيع أن يفعل وإذا كانت إنجازاته محدودة اخبرهما عن السبب المحتمل لذلك وعما تحاول أن يفعله لتتدخل في الأمر . اطلب من الوالدين
- أن يقدما رأيهما وبعد ذالك أبدا بمناقشة الأهداف التربية المقترحة للطالب و اشرح لهما السبب في توصيتك بهذه الأهداف وكيف ستكون مفيدة له وينبغي أن تغطي مناقشة أهداف السنة الحالية جميع مناحي التطور
- عرفهما بحاجتك أيضا إلى مساعدتهما واقترح عليهما كيف يشاركان في عملية التعليم واطلب منهما كذلك أن يقترحا طرقا يشاركان فيها وهنا يمكن مناقشة كيفية التواصل بين المدرسة والمنزل من خلال دفتر التلميذ اليومي
- سجل أي اقتراحات أو معلومات تعطيها الأسرة
- إذا وافق الجميع على الخطة وجب عليهم التوقيع عليها بمن فيهم الوالدين وفي حال عدم الموافقة عليها ينبغي إجراء التعديلات المقترحة ومن ثم التوقيع على الخطة في وقت لاحق
- وفي نهاية الاجتماع قدم ملخصا للنقاط الرئيسية التي ناقشها المجتمعون وفي الكلمة الختامية ذكر والدي الطالب بأهمية مساعدتهما لطفلهما في تحقيق الأهداف التربوية الواردة

- في الخطة وبأن التعاون بين المدرسة والبيت ينطوي على أهمية كبيرة عرفهما كيف يراجعان المركز في حال استفسار ومن الذي يتصلان به في هذا الخصوص .

ملاحظات ينبغي أن تؤخذ في الحسبان بشأن مقابلة أسرة الطالب

- يغلب أن يكون الوقت المخصص لاجتماع الخطة التربوية الفردية محدودا
- ولذلك تأكد من أنك لا تبتعد عن الموضوع الرئيسي فأن الوالدين والمعلمين قد يبتعدون عن الأمور ذات الصلة بموضوع الاجتماع ، وإذا شعرت بأن النقاش لا صلة له بالخطة التربوية الفردية للطالب فاعمل على إعادة النقاش على وجهته الحقيقة وليكن ذلك بأدب ولطف
- لا تناقش مع الوالدين أمور تتعلق في حياتك الشخصية
- أثناء مناقشة أمور الطالب تجنب مقارنة مستوى الطالب بأخر من حيث تطوره أو براجه أو تقدمه وعلى الرغم من أن الوالدين يطرحان أسئلة كثيرة مثل : كيف ترى طفلنا بالقياس مع غيره ؟ حاول لن تؤكد لهما أن كل طفل يختلف عن غيره في جوانب قوته وضعفه
- تحدث مع الوالدين دائما بطريقة احترافية سيطر على غضبك ولا ترفع صوتك بأي حال من الأحوال ولا تضحك بصوت عال واستخدم لغة مناسبة ولا تمضغ اللبان واحضر إلى الاجتماع مستعدا له وأنظر إلى لغة جسدك (تعبير الوجهة والإشارات) ركز نظرك إلى من تحدثه أو تستمع إليه
- استخدم لغة بسيطة لا لغة فنية لا يفهمها الوالدين أن استخدام كلمات لا يفهمها الوالدان قد توصل إليهما الحقائق محرفة وبالتالي ،لن يفيد الطالب لأن فهم الوالدين للأهداف التربوية ولاحتياجات الطالب له تأثير مباشر على مدى تقدمه
- لا تنسى أبدا الإحباط الذي قد يهيمن على الأسرة بسبب وجود طفل ذي احتياجات خاصة و تأثيره على الوضع النفسي وحاول أن تجعل توقعاتك فيما يخص مساعدة الوالدين في عملية التعليم متوائمة مع وضعهما الحالي فبل تتوقع منهما أكثر مما ينبغي واطلب منهما أن يفعلا الأشياء خطوة بخطوة . إذا طلبت الكثير فمن غير المحتمل أن يفعلا أي شي تطلبه منهما وحاول تبسيط الأشياء وزيادة توقعاتك شيا فشيئا وإعطائهما التدريب اللازم للقيام بما تطلبه منهما

- توقع أن يكون بعض الآباء محيطين من أداء أطفالهم ومستعدين للوم شخص آخر على سلبيات الطالب .استمع لما يشكون منه وحاول أن تكون موضوعيا قد تكون شكواهم في موضعها فكر أن كأن هناك ما يمكن أن تفعله خذ في اعتبارك أن ملاحظات الوالدين مهمة جدا في تحسين البرامج التعليمية التي تقدم إلى الطالب وعلى كل حال أن كانت شكواهم غير واقعية حاول ألا تنظر إلى الأمور نظرة شخصية فأن من الصعب جدا أن تكون في الأسرة طفل توحدي وهو ما يلقي على كاهلها أعباء كثيرة تؤثر على العلاقة الزوجية وعلى الوضع الأسري بشكل عام .

نموذج الخطة التعليمية الفردية

معلومات شخصية عن الطالب
• اسم.................... الهاتف :.........................   • الصف الحالي : .... العنوان :.................   • السنة الدراسية: .... الجنس :.................   • تاريخ تنفيذ الخطة ...... التاريخ المتوقع للانتهاء من الخطة:.....   • الطالب:............ تاريخ ألولادة......................
ملخص الحالة . ...
فريق إعداد البرنامج التربوي   الاسم : الوظيفة :   1. ....   2. ....   3. ....   4. ....

تتلخص عملية التقييم كاملة بنقاط القوة والضعف التالية:

نقاط القوة	نقاط الضعف
ملاحظات	
الأهداف طويلة المدى	**الأهداف قصيرة المدى**
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....
....	....

الخطاب الذي يرسل إلى الوالدين لاجتماع الخطة التربوية الفردية

تاريخ الخطاب :................../.................../.................

سعادة والدي الطالب :...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،

حسب التاريخ المبرمج لعقد اجتماع لمناقشة وضع ابنكم ـابنتكم ، سيكون هذا الاجتماع في ..../............................../...................من الساعة ......
إلى الساعة .... في قاعة اجتماعات مركز / المدرسة .

سيتيح لكم هذا الاجتماع مقابلة جميع الأشخاص الذين يعملون مع طفلكم .اما غرض الاجتماع فهو مناقشة البرنامج التربوي للطالب للعام الدراسي .... إلى ويتم ذلك من خلال تعريفكم على الأهداف التربوية المقترحة لهذا العام وتحديد ما لديكم من أهداف تربوية مقترحة لابنكم ـ ابنتكم .

نأمل أن ترتبوا أمركم لهذا الاجتماع بأن تسألون أنفسكم عما تريدون لابنكم ـ لابنتكم أن يتعلمه في هذا العام . ربما تنسون في هذا الاجتماع الكثير من الأشياء التي تريدون قولها ،اكتبوا كل شي واحضروا الورقة معكم إلى الاجتماع .

في ما يلي قائمة بأسئلة قد تكون مفيدة لكم .

- ما هي الأمور التي تهمكم أكثر من غيرها عن طفلكم في حياته اليومية ؟(التغذية، ارتداء الملابس ، قضاء الحاجة في الحمام ، الغسل)
- ما هي الجوانب السلوكية التي تقلقكم ؟
- ما لذي تريدون أن يتعلمه طفلكم في مهارات التواصل ؟
- ما هي الأهداف التربوية الأخرى ذات الأهمية لكم الآن وللطفل مستقبلا ؟

ملاحظات عامه

- نرجو ألا تترددوا في طرح أسئلة أثناء الاجتماع ؟
- ضعوا توقعات معقولة ولا تتوقعون أن تحل جميع مشكلات الطالب فورا
- ابنوا أولوياتكم على ما ترونه الأهم

- تذكروا ان كلا منكم يعتبر مشاركا فعالا في عملية التعليم الخاصة بطفلكم .
- نتطلع للالتقاء بكم

مفهوم الخطة التعليمة الفردية individualized instruction plan

تنبثق الخطة التعليمية الفردية عن البرنامج التربوي الفردي بهدف تطوير آلية عملية لتنفيذه ولذلك فهي تسمى أيضا بالخطة التنفيذية الفردية وتتضمن هذه الخطة :

1. الأهداف قصيرة المدى المجزأة بأسلوب تحليل المهمة
2. طرق التدريس

وكما أن الأهداف السنوية يتفرع عنها أهداف قصيرة المدى في البرنامج التربوي الفردي فأن الأهداف قصيرة المدة يتفرع عنها أهداف أدائية سلوكية في الخطة التعليمية

الفردية فهذه الخطة تترجم البرنامج التربوي الفردي إلى خطط تدريسية يومية أو أسبوعية مما ينتج عنها حلقات من المهارات التي ستركز عليها الحصص التدريسية المتتالية.

الخطة التعليمية الفردية أكثر تفصيلا من البرنامج التربوي الفردي حيث أنها تتضمن معلومات لا يتضمنها البرنامج التربوي الفردي حول طرق التدريس و الأنشطة والوسائل التعليمية التي سيتم استخدامها لتحقيق الأهداف

مكونات الخطة التعليمية الفردية

تشمل الخطة التعليمية الفردية عددا من الجوانب تتمثل فيما يلي :

أولا : معلومات عامة عن الطفل المعوق والهدف التعليمي المصاغ بعبارات سلوكية محددة وأسلوب التعزيز ورقم الفقرة في المنهاج أو المقياس الذي صيغ عنه الهدف التعليمي و أسلوب إعلام المعوق بنتائج عمله

ثانيا : الأهداف التعليمية الفرعية والمقصودة بذلك هو تحليل الأهداف التعليمية وفق أسلوب تحليل المهام tasks analysis وهذا الأسلوب يحلل الهدف التعليمي إلى مهمات صغيرة بسيطة تساعد كثيرا في تعليم وتدريب الطفل المعوق عقليا بشكل تدريجي وتتابعي من السهل إلى الصعب.

ثالثا :الأدوات اللازمة ويقصد بذلك أن المعلم والمعلمة الأدوات اللازمة لتحقيق الهدف التعليمي وقد تكون تلك المواد محدد سلفا وقد يترك تحديدها للمعلم أو المعلمة

رابعا : الأسلوب التعليمي وفق طرق تعديل السلوك ويتضمن هذا الجانب عددا من الخطوات :

1. أعداد الطفل للمهمة التعليمية وجذب انتباهه لها
2. تقديم المهمة التعليمية للطفل المعوق كما هي ومبررات تقديم المهمة كما هي عادة الطفل تتمثل في تعلم الطفل المعوق للمهمة التعليمية في الفترة الواقعة مابين عملية القياس والتقييم الأولى ومابين فترة التعليم كذلك تتمثل مبررات تقديم المهمة ايضا في التأكد من نتائج التقييم الأولى الواردة في الخطة التربوية الفردية
3. مساعدة الطفل في أداء المهمة مع تقديم المساعدة الايجابية واللفظية والجسمية وتقديم التعزيز له في كل مرة
4. مطالبة الطفل بأداء المهمة التعليمية أكثر من مرة من اجل تثبيت عملية تعلم المهارة
5. تمثيل تقدم الطفل المعوق على المهمة التعليمية برسم بياني يمثل الخط العمودي فيه نسبة النجاح ويمثل الخط الأفقي عدد للمحاولات أو الفترة الزمنية التي تم تعليم الطفل إثنائها للمهارة المطلوبة

خامسا : تقويم الأداء النهائي للأهداف التعليمية ويقصد بذلك أن يقوم مدى تقدم الطفل في أداء الهدف التعليمي والمعبر عنه بسلوك وفق شروط ومواصفات محدد ووفق معايير معينة مثلا بع أنجاز عدد من الأهداف المحددة تقرر المعلمة التعرف على مدى أنجاز الأطفال أو الطفل المعوق عقليا وذلك من خلال وصف التقدم من حيث مقداره ونوعيته وقد يكون من المناسب عنا اعتماد المعايير الذاتية لا المعايير الصفية في تقديم أداء الطفل المعوق عقليا ويقصد بالمعايير الذاتية تلك المعايير التي تستخدم لتقديم أنجاز الطفل المعوق عقليا على أبعاد المنهاج المختلفة وفي هذه المعايير تتم مقارنة أداء الطفل المعوق عقليا مع مقدار ما يتوقع منه حسب معيار الهدف التعليمي وليست مقارنة

أداء الطفل المعوق عقليا مع أداء المجموعة العمرية أو العقلية التي ينتمي إليها وتهدف مرحلة التقييم إلى ما يلي :

1. الحكم على مدى فعالية الأهداف التعليمية وفق الشروط والمواصفات والمعايير المتضمنة في الأهداف التعليمية للخطة التربوية الفردية
2. الحكم على مدى فعالية الأسلوب التعليمي المستخدم في تدريس الأهداف التعليمية
3. التعرف على مدى التقدم الذي أحرزه الطالب في أدائه على الأهداف التعليمية
4. التعرف على الصعوبات التي واجهت المعلم والطالب إثناء تدريب الأهداف التعليمية
5. نقل الأهداف التعليمية التي لم يتم تحقيقها إلى الخطة الشهرية اللاحقة .

الخطة التعليمية الفردية

الاسم :....................المدرسة ....الصف........ التاريخ ....

معلم التربية الخاصة

الهدف التعليمي العام...

نتائج اختبار الطالب...

م	الأهداف التعليمية الفرعية	المواد اللازمة	الأسلوب التعليمي	التقييم
				....
				....
				....
				....
				....
				....
				....
				....
				....

التربية الخاصة وأطفال التوحد :

إن أطفال التوحد كغيرهم ، هم أفراد قبل كل شيء لديهم نقاط قوة فريدة ولديهم نقاط ضعف ، وما يشترك فيه الأفراد المتوحدون جميعا هو الإعاقة النمائية ، إعاقة في الاتصال والتي تختلف من فرد إلى آخر، فقد يكون ذكاء بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد متوسطا أو فوق المتوسط ولذلك يجب أن تبنى الأهداف الأكاديمية على أساس القدرات الفردية للفرد المتوحد ،فقد يحتاج طفل توحدي إلى المساعدة في فهم الموقف الاجتماعي وتطوير الاستجابة المناسبة ، بينما قد يحتاج الآخر

إلى المساعدة في التخلص من السلوك التخريبي وسلوك إيذاء الذات ، وبالتالي كما يوجد أفراد توحد مختلفين عن بعضهم البعض فأنه توجد تبعا لذلك برامج تربوية علاجية خاصة ومختلفة ومن تلك البرامج التربوية ما يلي (الراوي ، حماد 1999 ،58)

1. مراكز الإقامة الدائمة : Residential Schools

تعتبر مراكز الإقامة الدائمة من أقدم برامج التربية الخاصة ، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بداية الحرب العالمية الأولى وما بعدها ، وغالبا ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية ، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية وتربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة ، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج ، فقد وجه كروكشانك Cruickshank ,1958)) عددا من الانتقادات أهما عزل الأطفال المعوقين عن المجتمع والحياة الطبيعية الاجتماعية ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهذا المركز على أنهم منبوذين عن المجتمع ، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز . (الروسان، 1996)

وهذه البرامج التربوية مفيدة خصوصا لاضطرابات التوحد الشديدة ، بحيث يتم إلحاقهم بأقسام خاصة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بحيث يحصلون على الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والتربوية لكل منهم حسب حاجته (الراوي ، حماد 1999)

2. مراكز التربية الخاصة النهارية : Special Day Care Schools

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة ، وفي هذا النوع من المركز يتلقى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدى مدا ر نصف اليوم تقريبا وغالبا ما يكون عمل هذه المراكز صباحا وحتى بعد الظهر حيث يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز ، أما بعد فترة بعد الظهر فيقضونها في منازلهم ومع ذويهم ، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصا تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين ، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك ، وتشتمل خدمات هذه المراكز على إيصال الطلبة من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية ، وبالرغم من

الاستحسان الذي تواجه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي من أهمها توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية ، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات ، ونتيجة لهذه الانتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح البرامج التعليمية في هذه المراكز وذلك بوجود بما يسمى بالمدرس الزائر أو المتنقل ومهمة هذا الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية . (الروسان ،1996)

وتفيد هذه البرامج مع حالت التوحد البسيطة والمتوسطة بحيث يذهب الطفل إلى المركز بشكل يومي ويتلقى الخدمات المعدة له مسبقاً حسب وضعه ، ثم يعود الطفل إلى المنزل وهكذا ، ويعتبر هذا البرنامج من البرامج التربوية الجيدة وخصوصاً مع حالات التوحد المتوسطة فهو يتيح الفرصة أمام الطفل لتلقي الخدمات النفسية والطبية المختلفة وفي نفس الوقت لا يعزله عن مجتمعه أو عن أسرته ، ويشترط لنجاح هذا البرنامج بل و أي برنامج آخر تعاون الأهل والاتصال المباشر المستمر بين أهل الطفل وإدارة المدرسة المتمثلة في مدرس التربية الخاصة الذي يتعامل مع طفلهم ، والأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي ..... الخ ، وذلك لاحتواء الطفل من كافة الجوانب ومتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة من خلال البيت .(الراوي ، حماد ، 1999).

3 . برامج الصف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية : Special Classes Within Regular School

ظهرت الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الايجابية ، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقليا ً وسمعياً وبصرياً أو حركياً ملحقة بالمدرسة العادية ، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة طلبة ، ويتلقى هؤلاء الأفراد برامج تعليمية مشركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين ، ويهدف هذا النوع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي للأطفال المعوقين ، والعاديين وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية ، كما تبدو مميزات هذه البرامج قريبة

في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية ، ومع ذلك فقد وجهت لها بعض الانتقادات تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية ، وتحديد المواد المشتركة بين المعوقين وغير المعوقين ، والمواد غير المشتركة . (الروسان ،1996)

وبالنسبة للأطفال التوحديين يتم دمجهم مع ذوي الاضطرابات البسيطة في صف خاص في المدرسة العادية ويتم تقديم الخدمات المختلفة المناسبة كل حسب حاجته . ويحتاج هذا البرنامج 'إلى الدعم المستمر من قبل إدارة التربية الخاصة والتعاون المستمر بينها وبين المدرسة التي تطبق البرنامج ، فقد يكون هذا الدعم على شكل دورات تأهيلية للمدرسين الذين يعملون مع الطفل المتوحد أو على شكل حلقات دراسية . (الراوي ، الحماد 1999)

4.برامج الدمج :

ظهر هذا الاتجاه في التربية الخاصة للمعوقين نتيجة الانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية ، وللاتجاهات الايجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين للعاديين في الصف الدراسي ، ويعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد شريطة أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك ، وبحيث تهيىء الظروف المناسبة لإنجاح فكرة دمج الأطفال العاديين .

وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي في الصفوف العادية ، أو كما يشير كوفمان Kuffman،1977 إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي :

1. مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين .
2. مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين .

3. مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين ومشرفين .

وقد وجهت بعض الانتقادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة . (الروسان ،1996)

هذه البرامج من أقل البرامج شيوعا وتطبيقا مع حالات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك لطبيعة وخصائص الطفل التوحدي حتى في حالة التوحد البسيط .

كما أن وضع الطفل المتوحد في الصف العادي من الأمور التي تتحدى قدرات العديد من العاملين في هذا المجال على مستوى أعضاء التدريس وعلى مستوى الإدارة ، فالكثير من المدرسين العاديين وحتى مدرسي التربية الخاصة غير مهيئين للعمل مع الأطفال المتوحدين وضمن الصف العادي ، وهمن يحتاجون إلى تأهيل وتدريب مكثف في التعامل مع حالات التوحد .(الراوي ، حماد 1999)

5. البرنامج الفردي :

بدأ الاهتمام بتعليم الأطفال ضعاف العقول والتشخيص السيكولوجي لحالتهم منذ القرن التاسع عشر في أوربا ، حيث بدأت فكرة البرامج العلاجية في فرنسا على يد الطبيب المختص بتعليم الأصماء (إيتارد) الذي حاول وضع برنامج تعليمي لتدريب الطفل المتوحش الذي وجده بعض الصيادين في إحدى غابات جنوبي فرنسا في منطقة (أفيرون) ولم يكن بمقدوره استخدام اللغة وكان عمره حين وجد عشر سنوات وكانت عارياً ويمشي على أربع ويخرج اصواتا لا معنى لها ويأكل كالحيوانات ويعض الذين يقتربون منه، وكان إيتارد يؤمن بتدريب الحواس كوسيلة لتنمية الذكاء ولا يؤمن بمفهوم الذكاء الموروث ، اعتماداً على الفلسفة الحسية الشائعة في القرن التاسع عشر التي تبنى على أساس نظرية (جون لوك) التي ترى أن الإنسان سواء أكان سويا أم ضعيف العقل يكتسب معلوماته وخبراته ومظاهر نموه العقلي عن طريق الإدراك الحسي ، ولهذا قامت التربية الخاصة لضعاف العقول على تدريب الحواس وبواسطة وسائل حسية .

وبعد تدريب الطفل لمدة خمس سنوات من الجهد المضني كان تقدم الطفل بسيطا.

وعلى الرغم من أن النجاح الذي حققه إيتارد في تعليم هذا الطفل كان محدودا إلا أنه وضع البنى الأولى في برامج التعليم العلاجي لضعاف العقول عن طريق تدريب الحواس .

وهكذا بدأت حركة علمية انتهت اليوم بما يسمى بالعيادات النفسية التي تشخص قصور الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتحامل وضع وتصميم التعليم العلاجي لعاج هذا القصور .

ثم تابع خطى إيتارد علماء آخرون من أهمهم (إدوارد سيجان) الذي وضع طرائق لتدريب الأطفال القاصرين عقليا وطور أسلوبا تربويا خاصا بالاضطرابات الحسية الحركية وذلك بالاعتماد على الافتراضات النفسية والعصبية القائمة ، كما أضاف إلى هذا الميدان نظريته الفيزيولوجية في تعليم ضعاف العقول .

أما طبيبة الأطفال الإيطالية ماريا مونتسوري اعتبرت أن مشكلة التخلف العقلي في الأساس مشكلة تربوية أكثر منها مشكلة طبية فانشأت لهم مدرسة خاصة و صممت أدواتها التعليمية على أساس تدريب حواس الطفل و عضلاته ، و أن هذه الأدوات تمكن الطفل من أن يعمل نفسه بنفسه بينما تتحدد مهمة المدرس في الإشراف على هذا النشاط التعليمي و توصلت في النهاية إلى ما يسمى بطريقة ماريا مو نتسوري .

قام الطبيب البلجيكي (ديكرولي) في عام 1940 بالاهتمام بالتربية الخاصة لضعاف العقول والذي يرجع الفضل له في إرساء بعض طرق التعليم في التربية الحديثة كالطريقة الجملية وطريقة الوحدات ومراكز الاهتمام .

ويعد عالم النفس والفيزيولوجي الفرنسي (ألفريد بينيه) رائداً للحركة العلمية للقياس العقلي والتربية العلاجية للأطفال ، المتخلفين عقلياً حيث قام ببناء أول مقياس علمي منهجي في العالم لقياس ذكاء الأطفال كما قام بتطوير فصول خاصة بالطلاب المتخلفين عقلياً في باريس ، وعمل على بناء منهاج لهم ووضع برامج علاجية من أجل تدريب الانتباه وسرعة الاستجابة الحركية والمهارات الحركية ، والتعبير اللفظي والذاكرة والتميز وغيرها من الوظائف .

كما ساهمت (ديسيدرس) بوضع البرامج التعليمية العلاجية وكان أساس طريقتها التعلم بالعمل والنشاط الطبيعي للطفل وطريقتها هذه شبيه بما يسمى طريقة المشروعات والوحدات من طرائق التربية الحديثة والمعروفة .

وتعتقد اليونسكو اليوم أن النظام التربوي العام الذي يعمل وفقاً لفلسفة (مدرسة الجميع) هي أكثر الأساليب فاعلية في تشكيل مجتمعات متفهمة ، وفلسفة مدرسة الجميع لا تعني إلغاء التربية الخاصة وإنما ستركز معاهد التربية الخاصة التقليدية على ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وستصبح التربية الخاصة جزءا من النظام التربوي العام وليس جزءا منفصلا عنه ، وهذا الأمر سيقودنا حتما إلى أعادة النظر في أساليب التدريس الخاصة والمعدلة التي تراعي الفروق الفردية بين المتعلمين والتنوع الكبير في الفصل الدراسي فيعمد إلى تفريد التعليم والذي يعرف بالخطة التربوية الفردية، أو البرامج الفردية التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الحاج ، 2004).

المبادئ الأساسية في تصميم البرامج التربوية الفردية :

من الضروري أن نضع برنامجا تربويا فرديا لكل فرد معاق سواء أكان في مؤسسة تعليمية أو في طريقه للالتحاق بها ، فيجب أن يكون هذا البرنامج معدا قبل أن تقدم للطفل التربية الخاصة أو الخدمات المتصلة بها .

فعندما تلاحظ معلمة رياض الأطفال أن أحد الأطفال يعاني من بعض الصعوبات أو المشاكل أو الإعاقات التي تعيقه عن التحصيل والمشاركة الإيجابية في الأنشطة داخل المجموعة التي ينتمي إليها مما يستلزم ضروريا عمل برنامج تربوي فردي له أو عندما يتقدم أحد أولياء الأمور بطلب إلحاق طفله في برامج التربية الخاصة في إحدى المؤسسات أو المدارس فإن الأمر يستلزم ، وقبل الشروع في تقديم التربية الخاصة له ، ضرورة أن يشكل فريق عمل من المتخصصين لتقرير مدى حاجة الطفل إلى البرنامج التربوي الفردي ، وتحديد نوعية المتخصصين اللازمة لتحقيق ذلك ومدى توافر هذه الخدمات في المدرسة أو في المؤسسات الاجتماعية ، وذلك بهدف تصميم برنامج تربوي فردي خاص بالطفل . (أحمد ، 1998)

إن أحد المظاهر المهمة للعلاج هو التفكير المسبق في تحديد ماذا تدرس وكيف تدرس ونعرض هنا عشرة مبادئ أساسية للتخطيط للتعليم العلاجي :

- اكتشف الحاجات الخاصة للطفل .
- طور أهدافا سنوية وأهدافا مرحلية .
- حلل المهمة التي سيتم تعلمها .
- صمم التعليم في مستوى الطفل
- قرر كيف تدرس .
- اختر المكافئات الملائمة للطفل .
- إعداد الطفل بشكل يجنب الطفل في الوقوع في الخطأ .
- توفير التعليم الزائد .
- توفير التغذية الراجعة .
- تحديد مدى تقدم الطفل . (الحاج ،2004)

خطة التعليم الفردية لطفل التوحد :

بشكل عام تشمل برامج ومناهج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الجوانب والخيارات الأساسية التالية :

أولا- تعديل السلوك :

تشتمل العديد من البرامج الخاصة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أساليب تعديل السلوك وذلك للتعامل مع أشكال السلوك غير السوية لديهم ، فقد تركز بعض تلك البرامج على تغير السلوك الغير المناسب إلى السلوك المناسب أو على الأقل التخفيف من حدة السلوك الغير مناسب ، وللقيام بذلك تتبع أساليب سلوكية مختلفة وتبدأ كلها بتحديد ومعرفة أسباب تلك السلوكيات ومن ثم وضع البدائل العلاجية لتعديلها ، بالإضافة إلى التدريب على السلوك البديل أو السلوك السليم ، فقد لا يكفي أحيانا أن نعدل سلوك ما غير سوي أو نوقفه بل يجب أن يقدم التدريب السوي على السلوك المقابل السوي .

هذا ويعتمد تعديل السلوك على عدد من الاستراتيجيات التي تساعد الفرد على تعلمه السلوك المرغوب فيه والتخلص من السلوك غير المرغوب فيه ، مثل التعزيز ، التشكيل ، مبدأ بريماك ، تسلس الاستجابة ، التعليم المبرمج ، التعليم الذاتي ، الإخفاء والتغذية الراجعة . (الراوي ،حماد ،1999)

ثانيا : المهارات الاجتماعية :

من المظاهر الأساسية للطفل ذو اضطراب طيف التوحد هو عدم قدرته على إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية حتى مع أقرب الناس إليه ، ولذلك يجب التركيز على هذا الجانب وتشجيع وتعزيز أي سلوك يقوم به الطفل في هذا المجال وذلك من خلال الطرائق التالية :

1. استخدام برامج تعديل السلوك .
2. التركيز على النشاطات الاجتماعية التي توفر الجو للمشاركة الاجتماعية .
3. إتباع برنامج الرحلات المنظم .
4. القيام بعمل بعض الحفلات والمسابقات المختلفة .
5. تشجيع برنامج مشاركة الأهل في التدريس .
6. استخدام برامج الدمج المختلفة وخاصة مع حالات التوحد البسيطة والمتوسطة .

وهناك عدة طرق يمكن من خلالها تطوير وتشجيع المهارات الاجتماعية لدى الطفل ومنها :

1 توجيه تعليم المهارة
2 طرق وأساليب التعزيز والتشجيع السالفة الذكر .
3 استراتيجيات مبادأة القرين .
4 تلقن وإرشاد القرين .

ثالثا : المهارات اللغوية :

يعاني الأطفال التوحديين من ضعف شديد في اللغة سواء اللغة التعبيرية (اللفظية، اللغة غير اللفظية) أم اللغة الاستقبالية،وبما أن اللغة تلعب دوراً هاماً في

العملية العلاجية والتربوية فلا بد من وضع الخطط والأهداف التربوية من أجل مساعدة الطفل إلى أقصى ما لديه من طاقات وظيفية في هذا المجال . وتشتمل المهارات اللغوية على مايلي:

1. تعليم الطفل كيف يطلب أي شيء يريده باستخدام الكلمات المفردة للإشارة الأشياء.
2. تعليمه معنى كلمة نعم ومعنى كلمة لا ومتى نستخدمها.
3. تعليم الطفل كيف يفسر بعض الإشارات مثل إشارة لا بالإصبع.
4. تعليمه التعبير عن حاجاته المختلفة .
5. تدريبه على الاستجابة للأوامر المختلفة مثل تعال.
6. تعليمه مسميات بعض الأشياء من خلال الإشارة إليها.
7. تعليمه مفاهيم بعض الأسئلة مثل : أين،متى......الخ.
8. استخدام الموسيقى لتعليم بعض المفردات أو الجمل.
9. استخدام علاج النطق في البرنامج .
10. تشجيع الطفل على التواصل البصري والنظر مباشرة في عين المتحدث .(الراوي ،1999)

رابعا : المهارات الحركية :

تعتبر المهارات من الجوانب المهمة لدى الطفل لتمكينه من القيام بالأمور حياته اليومية المختلفة بالشكل السليم ، ولما كان الطفل ذو اضطراب طيف التوحد يقوم ببعض أشكال السلوك الحركي الذي يعوق من قدرته التعليمية مثل سلوك الرفرفة أو الأرجحة باليدين والأصابع .... الخ

لذلك كان لابد من الاهتمام بهذا الجانب وتعديله بأساليب مختلفة مثل :

1. أساليب تعديل السلوك وما تحتويه من استراتيجيات التعزيز .
2. العلاج الطبيعي .
3. البرنامج الرياضي .

خامسا : مهارات الاستقلالية الذاتية :

تعتبر المهارات الاستقلالية من أهم المهارات التي يجب التركيز عليها في تدريب وتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، بل أنها أكثر أهمية من المهارات الأكاديمية ، لأنه في حالة تدني القدرات العقلية تصبح مهارات العناية بالذات أهم من غيرها خصوصا مع حالات التوحد الشديدة ، وذلك لمساعدة الطفل ذو اضطراب طيف التوحد مستقبلا على الاعتماد على نفسه وإيصاله إلى أقصى ما لديه من قدرات في مختلف الجوانب .

وتعتبر خطة التعليم الفردية الأداة الأساسية التي يستخدمها المدرس في وضع وتحديد الأهداف وتحديد الطرق والأساليب المتبعة لتحقيقها ومعايير تقيمها .

سادسا : المهارات الأكاديمية :

تعتبر المهارات الأكاديمية من المهارات الهامة بالنسبة لكل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة لتمكينهم من القيام بأمور حياتهم اليومية بالشكل المناسب ، وبالنسبة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فإن المهارات الأكاديمية مهمة أيضا ولكنها ليست بنفس درجة الأهمية مقارنة مع المهارات الاستقلالية ، والسبب في ذلك يعود إلى اعتماد المهارات الأكاديمية على القدرة العقلية للطفل .

وتشمل المهارات الأكاديمية تعليم وتدريب الأطفال على مبادئ القراءة والكتابة والحساب ، مثل التعرف على بعض الكلمات وأسماء الأشياء مثل أن يشير الطفل إلى أسمه من بين بطاقات موجودة أمامه .... أي أن المهارات الأكاديمية يجب أن تركز على تقديم المعلومات الأولية والعامة والتي سيحتاج أليها الطفل المتوحد في حياته المستقبلية ولا ينصح بالتعمق في تعليم الطفل تفاصيل العمليات الحسابية أو القراءة أو الكتابة خصوصاً مع حالات التوحد الشديدة . (الراوي ، حماد 1999)

سابعا : برنامج تنظيم الروتين :

من البرامج التي أثبتت فعاليتها مع الأطفال التوحديون ، هو برنامج تنظيم الروتين الذي اعتمد في الأساس على الخاصية التي يتميز بها العديد من الأطفال المتوحدون وهي حب الروتين ، ورفض التغيرات في البيئة ، فقد أشارت العديد من

الدراسات أن الطفل التوحدي يتعلم ويتجاوب بشكل أفضل إذا حافظنا على نفس البرنامج وبنفس النظام وبنفس البيئة ، فالروتين هنا يساعد الطفل على الاستيعاب والفهم والاعتماد على النفس ، ويشمل برنامج تنظيم الروتين الأمور التالية :

1. التنظيم البيئي .
2. الجدول اليومي .
3. نظام العمل الفردي .

ثامناً : مهارات السلامة والأمن :

ذوي اضطراب طيف التوحد لتعليمها للأطفال ، آخذين بعين الاعتبار طبيعة الطفل المتوحد والعزلة النفسية التي يعيشها وعدم شعوره بمن حوله وعدم وعيه للأخطار المختلفة في بيئته.

وتشمل مهارات السلامة والأمن تعليم الطفل لأشارت الطريق وكيفية عبور الشارع وتوعيته لبعض المخاطر الأخرى حسب بيئته ، ويمكن للمعلم تعليم هذه المهارات من خلال استخدام الصور والبطاقات وغيرها من الأساليب التي توصل الطفل إلى تحقيق هدف توعيته بمهارات السلامة والأمن .

تاسعاً - المهارات الترفيهية :

لقد أثبتت العديد من الدراسات أن المهارات الترفيهية ضرورية للأطفال المتوحديين لما توفره من عناصر السرور والبهجة وتوفير خبرات حياتية جديدة، بالإضافة إلى ما توفره من فرص للتفاعل الاجتماعي وإقامة تواصل و علاقات اجتماعية من خلال الاختلاط بالأطفال الآخرين.

عشرة : المهارات المهنية المختلفة :

وتعتبر الخدمات المهنية المرحلة الثالثة التي يمر بها الطفل ذوي الحاجات الخاصة في برامج التربية الخاصة والتي تبدأ بتقديم الخدمات التربوية المختلفة التدريبية ومن ثم ينتقل الطفل إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة التهيئة المهنية التي يتم من خلالها الكشف عن ميول وقدرات الطالب على تعلم مهنة أو حرفة ما كل حسب طاقته من خلا ل تهيئته

للتدريب على تلك المهارة وإعطائه المبادئ الأساسية للقيام بها ومن ثم ينتقل الطالب إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة التأهيل المهني التي تتضمن مزاولة و التدريب العملي على تلك الحرفة أو المهارة وبالتالي تهيئته لمزاولة تلك المهنة لاحقاً .

ويتبع نظام تحليل المهارة وتقديمها للطالب بشكل متسلسل واستخدام نفس مبدأ تحليل المهارة إلى عدة أجزاء وتقديم التعزيز المناسب في كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء السلوك المناسب وهكذا إلى أن يتقن الطالب المهنة .(الراوي ، حماد 1999)

مقومات البرنامج التربوي الفعال للطفل ذي اضطراب طيف التوحد

إن أي برنامج تربوي للأطفال لا يعد فعالا وذو فائدة إن لم يكن شاملا ومستوعبا لكل العناصر الأساسية التي يجب أن تدرج في هذا البرنامج. وكثيرا ما يعتقد المعلمين بان البرنامج التربوي الفعال هو الذي يشمل خطة تربوية متميزة. وقد يكون هذا احد العناصر الهامة بالتأكيد، ولكن لابد من تواجد عناصر أخرى ترتبط بمن وأين وكيف سيتم تنفيذ هذه الخطة ندرجها كالتالي:

الخدمات الأسرية اللازمة لتقديم برنامج متكامل.

ولكي تكون البرامج التربوية للأطفال ذوي التوحد فعاله لابد ان تشمل عدد من العناصر:

الشمولية - التكثيف - التدخل المبكر - التخصصية في الطرق والأساليب - التفريد في تقديم الخدمة

المجال الأول: الكوادر البشرية اللازمة لتنفيذ البرنامج

لكي يكون تحقيق البرامج التربوية فعالا لأي طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، فلا بد من وجود أخصائي مؤهل يقوم بتوصيل الخدمات لهذا الطفل، لذا فان المعلم المتخصص الذي يعرف كيف يعلم هذا الطفل من خلال معرفته المسبقة بخصائص التوحد سيكون عاملا مؤثرا وفعالا في جعل البرنامج أكثر نجاحا، لذا فان هنالك عدد من المتطلبات التي يجب ان تتوفر بهذا المعلم كما يلي:

1. أن يقوم على البرنامج التربوي أشخاص مؤهلين في التربية الخاصة في مجال الاضطرابات السلوكية أو مسار التوحد، أو أن يكون يحمل مؤهل تربوي جامعي بالإضافة لدبلوم في التربية الخاصة في مسار التوحد أو الاضطرابات السلوكية، لا تقل مدته عن سنة دراسية واحدة.
2. مساعد معلم: أن لا يقل مؤهله عن ثانوية عامة مع دبلوم أو دورة تدريبيه لا تقل عن فصل دراسي كامل في التربية الخاصة في مسار التوحد أو الاضطرابات السلوكية.
3. توفر اختصاصي الخدمات المساندة في البرنامج مثل اختصاصي التواصل أو النطق واختصاصي العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي والإرشاد النفسي والتحليل السلوكي والتشخيص والتقويم في التربية الخاصة.
4. العمل كفريق متعدد التخصصات، مع تحمل مسئوليه مشتركه.
5. تنظيم دورات تدريبيه أثناء الخدمة.
6. إن يكون المشرف على برامج التوحد متخصصا في هذا المجال.

المجال الثاني: الخدمات التربوية والمساندة

في هذا الجانب الهام والحيوي بالنسبة للأطفال ذوي التوحد فانه من المهم التذكر لعدد من العناصر الأساسية والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تنفيذ الخدمات التربوية كالتالي:

1. البدء في عمر مبكر مع الطفل لتعليمه وتدريبه.
2. تحديد احتياجات الطفل الفردية من خلال أساليب التشخيص والتقييم المناسبة لهؤلاء الأطفال.
3. تقديم المهارات الأكثر إلحاحا في عملية التعليم والتدريب، كالبدء بتدريب التواصل والمهارات الاستقلالية والاجتماعية،والاهتمام بالتخلص من العادات السلوكية الخاطئه، ثم في مرحلة لاحقه الانتقال إلى المهارات الأخرى كالأكاديمية والرياضية والترويحية والمهنية وغيرها.

4. مراعاة الفروق الفردية وعدم الإسراع بالطفل قبل التأكد من إنجاز المهام.
5. التدريس الفردي في جلسات فرديه مع عدم إهمال المشاركات الجماعية.
6. تنظيم البيئة الصفية بشكل يتيح عملية الحركة والانتقال بسهوله في الفصل.
7. استخدام جداول عامه وجداول خاصة بالا نشطه لكل طفل وحسب قدراته.
8. استخدام جداول وبطاقات للتواصل تناسب الأطفال مع تعميمها في المدرسة والبيت.
9. الاعتماد على خطة الطفل الفردية في تعليمه وإكسابه للمهارات.
10. الاهتمام بالجانب الترفيهي والرحلات والزيارات لربط الطفل بالمجتمع.
11. متابعة وضع الطفل الصحي وما يطرأ من تغيرات نتيجة تعاطي الأدوية او الحمية الغذائية.
12. وسيتم فيما يلي تفصيل لبعض الجوانب الهامه في مجالات الخدمات التربوية والخدمات المساندة.

الخدمات التربوية والمساندة:

1- التدخل المبكر للطفل

ما الذي ينتج عن إصابة الطفل بالتوحد؟

التوحد كما هو معروف، اضطراب نمائي يصيب الطفل في السنة الثالثة من العمر ويظهر من خلال الأعراض التالية:

1. الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث، أو عدم القدرة على استخدام ما تعلمه من اللغة أو ما هو موجود لديه أصلا للتواصل الطبيعي مع الآخرين.
2. استجابات غير طبيعية تجاه الأصوات.
3. صعوبات في فهم الأشياء المرئية.
4. صعوبات في فهم الإيماءات الجسدية.
5. استخدام حاسة اللمس والتذوق والشم لاكتشاف البيئة.

6. العزلة والانسحاب الاجتماعي.
7. مقاومة التغيير.
8. حركات جسديه غير مألوفة.
9. مخاوف خاصة.

إن الخصائص السابقة التي تمثل الطفل التوحدي تجعلنا ندرك أهمية أن يحدث تدخل مبكر في الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل، حيث أن الطفل التوحدي يفتقر لمهارات أساسيه لا غنى عنها لجعل الحياة سهلة ومريحة. كما أن عدم الاهتمام بالخصائص السابقة قد يؤدي إلى تضاعف المشكلة مع تقدم العمر ويجعل التعليم والتدريب لاحقا عملية صعبة وشاقه لكل من المعلم والأسرة، لذا فان التدخل المبكر عنصرا هاما في علاج مشكلات التوحد.

من أهداف التدخل المبكر:

ويهدف التدخل المبكر إلى تقوية العلا قه بين الطفل ووالديه من خلال تدريبهم على المهارات التالية:

- كيف يشعرون براحه مع أطفالهم
- تنظيم البيت ليصبح أكثر راحة للصغار واقل عرضة للتعرض للمشاكل
- ممارسة متطلبات البرنامج الخاص بطفلهم في البيت
- تقبل طفلهم كجزء من أفراد العائلة والاستمتاع معه

ويتم تنفيذ برنامج التدخل المبكر في البيت أو في المدرسة مع المتابعة في البيت.

ويجب أن يركز البرنامج بشكل عام على:

1. العلاج من خلال اللعب
2. تقليل العزلة الموجودة لديه بإشراكه تدريجيا مع الآخرين
3. تشجيع المهارات و الأنشطة الاجتماعية
4. علاج النطق لتحسين التواصل

5. العلاج الوظيفي لتطوير المهارات الحسيه لدى الطفل
6. مساندة الأهل
7. التركيز إشراك الطفل في أنشطه اجتماعيه صغيرة مع أطفال عاديين

فائدة التدخل المبكر:

إن البدء في سن مبكر كما ذكر سابقا، يتيح فرص أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر. كما أن التدخل المبكر مهم لمنع التأخر اللغوي ولتطوير القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الطفل وهي عناصر بلا شك يحتاجها كل من الطفل وأسرته.

2- تنظيم البيئة الصفي

إن تنظيم وإعداد البيئة ألصفيه للطفل ذو التوحد يعتبر من العناصر ألهامه والأساسية التي لا يمكن التغاضي عنها. فالطفل ذو التوحد يعاني أصلا من عدم القدرة على التنظيم وضعف الذاكرة ألتتابعيه أو المقدرة على ترتيب الأحداث، كما انه يحب الروتين ويكره التغيير، لذا فهو بأمس الحاجة لبيئة منظمه ومحددة يجد بها كل شيء في مكانه. فالبيئة المزدحمة لا توفر جو من الطمأنينة وتؤدي إلى التعثر الدائم بالأشياء الملقاة. كما أن الفصول الدراسية التي تحيط بها عوامل تشتيته خارجية كالحركة والضوضاء وغيرها، تستهلك وقت المعلم والطفل، ولا نغفل أيضا مستوى الأمان في البيئة الصفية فهل كل شيء لا نريد أن يعبث به الطفل تم وضعه في مكانه المناسب، وفيما يلي تحديد لما يجب ومالا يجب تواجده في البيئة الدراسية المنظمة للطفل ألتوحدي والتي نعتمد فيها على أسلوب التعليم المنظم Structured Teaching المعروف عالميا كأسلوب رائد في تنظيم البيئات الصفية للأطفال ذوي التوحد.

ما يجب تواجده في الفصل :

- أطفال متقاربين في أعمارهم و قدراتهم العقلية واللغوية والسلوكية والاجتماعية.

- معلم ومعلم مساعد لكل ثلاثة إلى خمسة تلاميذ، مع مراعاة الفروق الفردية في القدرات
- جدول حصص لا يقل عن 28 ساعة أسبوعيا
- أماكن للعمل الفردي أو الفردي الاستقلالي وأماكن للعمل الجماعي ومكان للاسترخاء وركن للعب الحر
- حدود توضح المساحة المتاحة لكل ركن و الأماكن المخصصة للأنشطة داخل الفصل.
- أماكن لوضع أدوات وحقائب الأطفال
- جدول عام للفصل وجداول للأنشطة الخاصة بكل طفل حسب قدراته
- جداول للتواصل وبطاقات مصورة توضح المهام المطلوبة
- بطاقات توضح الأنظمة الصفية
- رفوف على يمين ويسار الركن الفردي والأركان الاستقلالية توضع عليها الأنشطة الخاصة بكل طفل قبل البدء بها وبعد الانتهاء منها.
- رموز أو إشارات توضع على طاولة العمل الفردي والمستقل بشكل عمودي توضح طريقة الانتقال بالا نشطه من اليمين إلى اليسار.
- جداول تعزيز خاصة بالأطفال ومعززات ماديه موزعه في علب خاصة وألعاب محببة للأطفال.
- الأهداف الفردية الخاصة بكل طفل
- جداول المتابعة الخاصة بأخصائية النطق والأخصائية النفسية ومعلمة التربية الفنية وغيرهم من ذوي العلاقة
- الكتب والمناهج الخاصة بالطلبة الذين يدرسون مناهج مدارس التعليم العام.

ما لا يجب تواجده داخل الفصل:

1. مشتتات انتباه كالصور والأثاث والألعاب التي لا داعي لها.
2. أسلاك كهرباء مكشوفة وأدوات حادة وخطره على الأطفال.
3. أبواب متعددة ومنافذ يمكن الهروب من خلالها.

4. زجاج مكشوف ومرايا قريبه من أماكن العمل تشتت الانتباه
5. تهويه وإضاءة غير مناسبة

3- جداول الأنشطة والتواصل

تعتبر الجداول عنصرا أساسيا فاعلا لا غنى عنه في برنامج الطفل ألتوحدي، حيث تقف مشكلة عدم فهم اللغة حائلا بينهم وبين إمكانية إيصال أفكارهم للآخرين. فالطفل الذي يرغب في التعبير عن حاجاته وانفعالاته، ولا يملك طريقة يقوم من خلالها بتحقيق هدفه، يلجا عادة للصراخ والغضب بكافة أشكاله للتعبير عن يأسه من كسب فهم الآخرين له. لذا فان استخدام الجداول لا يعد متنفسا لهم فقط، بل هو أيضا وسيلة للتواصل إذا ما تم استخدامها بشكل فعال، أتاحت للطفل فرصة التعلم والتفاعل وتنظيم بقية حياتهم.

والجدولة المستخدمة مع الأطفال ذوي التوحد أنواع:

- جداول للأنشطة
- جداول للتواصل

وجداول الأنشطة هي تلك التي تستخدم داخل الفصل أو المدرسة أو آماكن العمل الخاص بالطفل في المنزل لتساعده على معرفة ما هو مطلوب منه، من خلال تقديمها مرتبه بخطوات حسب المهمة المطلوبة أولا ثم ثانيا وهكذا. فهي تخدم هؤلاء الأطفال بشكل كبير حيث يعاني معظمهم من ضعف في الذاكرة ألتتابعيه، وبالتالي لا يستطيعوا القيام بالمهام متسلسلة دون تذكيرهم بذلك.

ويتم تدريب الأطفال على هذه الجداول بشكل متدرج من خلال التأكد من معرفة الطفل لما يلي:

1. التفريق بين الصورة والخلفية .
2. مطابقة الأشياء المحسوسة المتماثلة
3. مطابقة الصور بما تمثله من محسوس ثم بما تمثله من صور.

4. قبول التوجيه اليدوي، ويتم تدريب الطفل على ذلك بالتدريج من خلال معرفة التواصل الجسمي الذي يميل له ثم الانطلاق من ذلك إلى أشكال أخرى من التواصل اليدوي.
5. استخدام الطفل لأنشطه ومواد في البيئة لترتيبها أو اللعب بها يساعد في الجدوله من خلال تضمينها لتصبح جاذبة له، ولكن عدم توفر هذا الجانب لا يمنع البدء بالجدولة.

البدء بالجدولة:

- في بداية التعليم على الجدولة قد تستخدم المجسمات على الجدول لتعبر عن النشاط المطلوب ثم يتم الانتقال تدريجيا إلى صور حقيقية للنشاط ثم صور مرفقة بكلمات ثم كلمات لمن تعلم القراءة من الأطفال.
- ابدأ دائما بمهام بسيطة ومعروفه لدى الطفل.
- لا تكثر من الأنشطة والمهارات وراعي عمر وقدرات الطفل، فمثلا أطفال ما قبل المدرسة 5-6 أنشطه يعد كافيا.
- استخدم كتاب جداول أو لوح جداول يكون في كل صفحة به أو جزء به ورقة رسم ألوانها جميعا واحدة.
- اجعل صور الأشياء الموضوعة بالجدول واضحة وغير متداخلة مع خلفيات للصورة.
- اجعل الشيء المستهدف تصويره يملأ الصورة بأقصى حد ممكن.
- اقلب النشاط الذي تم الانتهاء منه أو ضعه في مغلف أو علبة خاصة بالأعمال المنتهية على يسار الجدول ودرب الطفل على ذلك.
- إذا كان النشاط يحتاج أكثر من صورة لتنفيذه (صور متسلسلة تمثل كيفية تنفيذ النشاط) تأكد من أن تكون الصور واضحة وبخطوات مرتبه.

والجداول قد تكون في الفصل الدراسي عامه مشتركه لجميع الأطفال في الفصل، أو خاصة بكل طفل.

مثال على الجداول العامة :

- الطابور الصباحي
- الحلقة

النشاط الأول

- الفطور

النشاط الثاني

- الملعب
- النشاط الثالث
- وجبة خفيفة
- النشاط الرابع
- فيديو
- انصراف

مثال على الجداول الخاص:

يوضع على الجدول صورة أو اسم الطفل حسب قدراته

ثم يحدد جدوله

- طابور – حلقه – فردي – فطور استقلالي- ملعب – نطق- وجبه خفيفة – نشاط – حر – فيديو – باص

جداول التواصل: وهي من الجداول الهامه التي لا غنى عنها مع الطفل التوحدي خاصة غير الناطق، حيث تستخدم كخيار للتعبير عن احتياجات الطفل، وتكون غالبا معممة داخل المدرسة ويفضل أيضا تعميمها في المنزل لكي لا يحدث إرباك لدى الأطفال. مثل الجداول الخاصة بالحاجات الأساسية للطفل ويفضل وضعها بشكل مجسم أو صور أو كلمات حسب قدرات الأطفال.وتوزع في المدرسة أو البيت حسب المكان المناسب، فعلى أبواب دورات المياه مثلا يوضع ورق رول تواليت حقيقي أو صورة

وكلمه حسب قدرات الاطفال، وعلى أبواب الأخصائيين ومعلم الفنية توضع رموز معممة في كل الفصول وهكذا...

كذلك تعد جداول خاصة بالمشاعر والأحاسيس تساعد الطفل في التواصل والتعبير عما يدور في نفسه حين يكون فرحا أو متعبا أو غاضبا...الخ.

كذلك يوجد بطاقات للتواصل في الطابور الصباحي والملعب و داخل الأركان مع المعلمة تحدد للطفل ما هو مطلوب منه وبطاقات انتقال تحمل صورة أو اسم الطفل تساعد في العودة للجدول سواء كان داخل الصف أو خارجه.

ولا نغفل التواصل اللغوي للأطفال الناطقين حيث يدربون من خلال جلسات منظمه على استخدام اللغة بشكل فعال، ويتم تعميم ذلك في الأنشطة الجماعية وفي التدريب الفردي مع المعلمات أو الأخصائيات .

4- منهاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

إن تنظيم البيئة الصفية واستخدام جداول الأنشطة والتواصل لن يعلم الطفل التوحدي ما لم يكن هنالك معلم، ووجود معلم بلا منهاج يحدد ما سيتم تعليمه للطفل سيكون مضيعة لوقت الطفل والمعلم معا، لذا فان الخدمات التربوية للطفل ذو التوحد لن تكتمل إلا بوجود خطه تربوية تحدد احتياجات الطفل طويلة وقصيرة المدى بعد إجراء التقييمات المناسبة. كما إنها تضمن حق الطفل وحق أسرته في أن تقدم له خدمات متكاملة تطلع عليها الأسرة وتشارك في وضعها وتنفيذها. فمن لا يعرف إلى أين ينتهي الطريق قد يضل طريقه.

ولكي تكون البداية صحيحة فلا بد من التخطيط ومعرفة الخطوات الأساسية التي يمر بها أعداد البرنامج التربوي الفردي:

1. دراسة حاله للطفل وجمع معلومات أوليه عنه
2. وضع الطفل في المكان التربوي المؤقت ومحاولة مساعدته للتكيف مع البيئة الجديدة.
3. ملاحظة الطفل أثناء وجودة في المكان المؤقت في كافة المجالات النمائية
4. كتابة تقرير حول المعلومات الأولية والملاحظة السلوكية للطفل

5. تطبيق اختبارات مكيفه ومعدله لحالة الطفل لتحديد قدراته المختلفة في الجوانب النمائية الأساسية.
6. إعداد تقرير أولي عن حالة الطفل من كل أعضاء الفريق المشارك في البرنامج التربوي الفردي
7. اجتماع أعضاء الفريق بعد دعوة الأسرة للمشاركة في الاجتماع لتحديد جوانب القوة وجوانب الضعف وما يترتب عليها من أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى خلال شهر من وجود الطفل في المدرسة. مع تحديد للخدمات المساندة وإمكانية دمج الطفل أو استفادته من مناهج العاديين.
8. كتابة الخطة النهائية والبدء بتنفيذها مباشرة.
9. مراجعة الخطة فصليا وكلما دعت الحاجة.

إن استخدام الخطة التربوية لا يعني على الإطلاق أن الطفل ستكون أهدافه مختلفة تماما عن مناهج التعليم العام، ولكن يراعى في هذا المنهاج قدرات كل طفل على حدا، وفي حال كان بإمكان الطفل الاستفادة من مناهج العاديين سواء بمشاركتهم في المدرسة العادية آو من خلال دراسة مناهجهم أثناء وجوده في مدرسة للتربية الخاصة، فلا يجب أن يحرم من ذلك كخطوة تساهم في دمجه مستقبلا.

إن أهداف الطفل التي تم تحديدها في خطته في كافة المجالات، هي التي سيتم تدريبه عليها في المدرسة داخل الفصل وخارجه. كما إن أسلوب تعديل السلوك هو الأسلوب الأكثر شيوعا في عملية تعليمهم وإكسابهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة. النمذجة والتدعيم وأساليب خفض السلوك المتنوعة وتحليل المهمة وأساليب التلقين، كلها تستخدم مع الطفل ذي اضطراب طيف التوحد حسب إمكانات كل طفل. أما الأهداف التي تم تحديدها للطفل فتوزع بشكل أسبوعي على جدول تستخدمه المعلمات والأخصائيات في أماكن عملهن مع الأطفال، مع تعديل الأهداف حسب ما تحقق منها أو لم يتحقق. إن العمل غالبا مع الطفل ألتوحدي يميل إلى الفردية ولكن من يعمل مع الطفل ألتوحدي مجموعه متكاملة من الاختصاصين لا يمكن أن يغني احد منهم عن الآخر لهذا يجب أن تكون بينهم لقاءات عديدة لتحقيق الفائدة القصوى من البرنامج التربوي الفردي.

المجال الثالث: المستلزمات المكانية والتجهيزية

- سبق وان استعرضنا لتنظيم البيئة الصفية كجزء من الخدمات التربوية، ولكن ما يهمنا في هذا المجال هو تقديم تفصيل اكبر يشمل احتياجات الطفل التوحدي ليس في البيئة الصفية فقط، بل في المدرسة ككل كبيئة تعليمية يتعلم ويتدرب بها في عدة مواقع.
- فالمدرسة يجب أن تشتمل على ما يلي :
- قاعات أو مساحات واسعة لتعليم المهارات الرياضية والفنية والحسيه والتهيئة المهنية في الأعمار الأكبر.
- فصول دراسية معدة للتدريس الفردي والجماعي ومقسمه على شكل أركان.
- أثاث مدرسي يساهم في تطبيق التعليم المنظم.
- وسائل تعليمية أو غرفة للوسائل توفر احتياجات الفصول والأخصائيات.
- أجهزة تعليمية، كالتلفزيون والفيديو والمسجلات وأجهزة الكمبيوتر وأجهزة العرض.
- غرف خاصة بالأخصائيين للعمل مع الطفل بعيدة عن الفصول الدراسية.
- دورات مياه مهيأة للأطفال ذوي التوحد.
- حديقة خارجية آمنه يتوفر بها الألعاب التي تحفز اللعب الجماعي .
- كافيتيريا.
- زجاج عاكس على أبواب الفصول والغرف لملاحظة الأطفال من الخارج.
- مسبح
- صالة للطعام
- معززات ماديه ورمزيه
- ساعات للتوقيت
- باص للمدرسة لنقل الطلاب
- عماله للتنظيف والمتابعة

المجال الرابع: الخدمات الأسرية اللازمة لتقديم برنامج متكامل

إن دور المعلم والأخصائي مهم جدا في عملية التدخل المبكر مع الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، فكل منهم يعمل على تذليل الصعوبات التي تواجه الطفل في محاولة لجعل حياته أسهل واقل تعقيدا، إضافة إلى تسهيل فرص تواصل أسرته معه والاستمتاع بطفلهم من خلال النظر على ما يستطيع القيام به وليس ما يعجز عن القيام به. ولكي يتم ذلك فلا بد من تعاون الأسرة مع المدرسة في كافة الأبعاد المرتبطة بطفلهم بدءا من تقييم الحالة وحتى تسلمهم التقرير النهائي مع نهاية العام الدراسي. لذا فان على المدرسة تقع مسئولية ما يلي تجاه الأسرة:

- تزويد الآهل بمعلومات عن التوحد تساعد في زيادة خبرتهم في هذا المجال.
- إشراك الأهل في جلسات التقييم لطفلهم.
- أشراك الآهل في وضع أهداف الخطة التربوية الفردية وفي تنفيذها.
- توفير دورات تدريبيه لأسر الأطفال.
- إتاحة الفرصة للأهل لمتابعة طفلهم أثناء وجوده في المدرسة.
- إقامة لقاءات بين أولياء أمور الأطفال ذوي التوحد.
- متابعة حالة الطفل باستمرار مع الأهل من خلال دفاتر المتابعة.
- الاتصال بالأهل عند الضرورة للاستعلام عما يطرأ على الطفل.
- تزويد الأهل بنسخ من بطاقات التواصل وجداول الأنشطة للمتابعة في المنزل.(الخشرمي ، 2013)

ملحق رقم (1)

مصطلحات في القياس والتقويم

- **القياس:** (measurement) هو العملية التي يمكن بواسطتها تعيين قيم عددية لصفات الأشياء أو خصائصها وفق شروط معينة
- **التشخيص**(Diagnosis) هو عملية منظمة تهدف إلى وصف وتحليل النتائج لتحديد العلة ومصدرها
- **التقييم**(Assessment) هو مجموعة من الإجراءات المنظمة والتي تهدف إلى التعرف على جوانب القوة والضعف لدى الطفل المعاق ، وذلك من أجل تحديد احتياجاته التربوية الخاصة ، والتعرف على مدى ملائمة البرامج التربوية المقدمة له.
- **التقويم متعدد القياسات**(Evaluation Multiple Measures) وهو هذا النوع من التقويم الذي لا يعتمد على مؤشر واحد أو أسلوب قياس واحد في إصدار الحكم على المتعلم ، بل يعتمد على أكثر من أسلوب قياس ، وعلى أكثر من مؤشر لإصدار الحكم على مستوى عنصر من مدخلات وعمليات ومخرجات النظام التعليمي
- **التقويم**(Evaluation) هو عملية منهجية منظمة لجمع البيانات ، وتفسير الأدلة ، مما يؤدي إل إصدار أحكام تتعلق بالطلاب
- **التدخل قبل الإحالة**(Pre referral Intervention) يُستخدم مصطلح " التدخل قبل الإحالة " للإشارة إلى الإجراءات التي ينبغي تنفيذها في الفصل الدراسي العادي لتحسين أداء الطالب الذي يشعر المعلمون أو أولياء الأمور بأن لديه حاجات خاصة تستلزم توفير دعم تعليمي خاص له.
- **الإحالة**(Referral) بعد أن تخفق إجراءات ما قبل الإحالة الهادفة إلى مساعدة الأطفال ودعمهم ممن يشتبه بأن لديهم حاجات تعليمية خاصة ، تتم إحالتهم إلى الجهات المتخصصة)مثل مراكز تشخيص الإعاقة ، العيادات الطبية ، أقسام التربية

الخاصة ، ومراكز القياس والإرشاد في الجامعات وغيرها) ، للحكم على أهليتهم للتربية الخاصة.

- **تاريخ الحالة**(Case History) تلك البيانات والمعلومات التراكمية المتعلقة بفرد من الأفراد ، كالخلفية الأسرية ، والتاريخ الشخصي والنمو الجسمي ، والتاريخ الطبي ، ونتائج الاختبارات ، والسجلات القصصية للسلوك . ويستخدم تاريخ الحالة غالبا في اتخاذ القرارات المتعلقة بالواجبات المحددة للطالب وفى إعداد وتخطيط البرامج والخدمات اللازمة له
- **التصنيف**(Classification) هو تلك العملية التي يمكن بها وضع الفرد في فئةٍ ما وفق خصائص أو مميزات مشتركة . بهدف تحديد نوع الخدمات التربوية والاجتماعية والطبية والمهنية اللازمة لكل فئة . وإعداد البرامج التي تناسب كل فئة على حدة بما يتناسب مع خصائصهم العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية.
- **الاختبار**(Test) إجراء منظم لقياس عينة من السلوك ، أو هو إجراء منظم لملاحظة ووصف سمة أو أكثر من سمات الفرد بالاستعانة بمقياس أو نظام تصنيف معين.
- **القدرة** : (Ability) هي كفاية الفرد في مجال محدد ، وهي خاصية من خصائص الفرد ، وترتبط بالحالة القائمة للفرد
- **السمة**(Trait) مفهوم يستخدم في وصف سلوك الأفراد ، وهو عبارة عن سلوك أو مجموعة من السلوكات التي يميل الفر د إلى إظهارها . فالسمة ليست صفة مفردة ، وليست شيئاً ملموساً يل هي مفهوم مجرد
- **التحصيل** (Achievement) يقصد به المستوى الذي تعلمه الفرد للقيام بالأداء على مهارة معينة ، وعادة ما يرتبط التحصيل بمجمل المعلومات والمهارات والتمارين والأفكار التي اكتسبها خلال صف أو مرحلة دراسية
- **الاختبار الرسمي – المقنن**(Forma Test) هو الاختبار الذي يتم بناؤه وتطويره من قبل فريق من المختصين ولصالح مؤسسة معينة ، كما يتم تطبيقه على عينة كبيرة نسبياً من الأفراد . ويتم تطوير دليل (Manual) له يتضمن تعليمات خاصة بالتطبيق والتصحيح ومعلومات عن مؤشرات الصدق والثبات وخصائص الفقرات وتفسير

النتائج عليه في ضوء معايير (Norms)خاصة يتم اشتقاقها . وتعرف الاختبارات المقننة بالمنشورة ، ومن أمثلتها اختبارات الذكاء.

- **الاختبار غير الرسمي**(Informal Test) وهو الاختبار الذي يتم بناؤه أو تطويره من قبل المعلم بغرض قياس تحصيل الطلبة
- **التقنين**(Standardization) الاختبار المقنن هو ذلك الاختبار الذي تتوحد فيه وتتحد بدقة طريقة تطبيقه ، ومواده ، وتعليمات وزمن إجابته ، وطريقة تصحيحه أو تسجيل درجاته ، بحيث يصبح الموقف الاختباري موحداً قدر الإمكان لجميع الأفراد . وهذا يجعل من الممكن المقارنة بين درجات الأفراد الذين طبق عليهم الاختبار
- **البطارية**(Battery) مجموعة مختارة بعناية من الاختبارات المترابطة التي تقيس سمة أو قدرة واحدة أو أكثر ، يتم عرضها على مجتمع معين من الأفراد.
- **الفقرة** (Item) هي السؤال ، أو العبارة ، أو التمرين ، أو المهمة ، أو المسألة التي يتضمنها الاختبار أو المقياس أو أداة التقييم ، وتصاغ الفقرات بأكثر من نمط ، فمنها الفقرات الانتقائية والفقرات الإنشائية.
- **الفقرات الانتقائية**: (Selective Items) هو ذلك النوع من الفقرات التي يطلب من المفحوص أن يختار الإجابة الصحيحة من بين عدد من البدائل والعبارات المعطاة.
- **الفقرات الإنشائية** : (Supply Items) وهو ذلك النوع من الفقرات التي يطلب من المفحوص أن يكتب أو يصيغ الإجابة الصحيحة على السؤال ، وتعرف أحياناً بالفقرات الإنشائية.
- **القائمة**: (Inventory) هي دليل أو قائمة من المفردات أو العبارات تهدف إلى تقييم مدى وجود اتجاهات أو اهتمامات أو سلوكيات محددة لدى مجموعة من الأفراد
- **أدوات إسقاطيه** : (Projective Tools) هي مجموعة الأدوات التي لا يكون أي من المثير أو الاستجابة محدداً كاختبار البقع الحبرية (الرورشاخ) ، واختبار تفهم الموضوع (TAT) وبعض الاختبارات النفسية الأخرى . وتستخدم هنا عبارات معينة من أجل المساعدة في الوقوف على مستوى الطلبة في مجالات محددة كمستواهم

في التعبير والكتابة . كما قد تستخدم الأدوات الإسقاطيه في استقصاء نوعية وحجم المشكلات التي يواجهها الأفراد في دراستهم أو حياتهم الأسرية.

- **أدوات محددة البناء** : (Structured Tools) هي مجموعة من الأدوات التي يكون فيها كل من المثير والاستجابة محدداً ، كما في اختبارات التحصيل والقدرات والاستعدادات ، أي أن لها أسئلة محددة وإجابات محددة.
- **الاختبارات الفردية** (Individualized Tests)
- هي مجموعة الاختبارات التي يمكن أن تطبق بصورة فردية (أي تطبيق على كل مفحوص لوحده) . مثل اختبارات الذكاء ستانفورد بينيه ووكسلر ، ويشيع استخدام مثل تلك الأدوات لأغراض إكلينيكية
- **الاختبارات الجمعية** : (Grouped Tests) هي مجموعة الاختبارات التي يتم تطبيقها على مجموعة من الأفراد ، كما في الاختبارات التحصيلية الصفية والاختبارات المقننة واختبارات القدرات العقلية كما في اختبار كاليفورنيا للنضج العقلي ، واختبار بيتا للذكاء غير اللفظي.
- **الاختبارات الموضوعية**(Objective Tests) هي أدوات القياس التي لا تتأثر درجات الممتحنين عليها بشخصية المصحح أو جهة نظره ، أو خلفيته الاجتماعية والسياسية.
- **الاختبارات الذاتية** : (Subjective Tests) هي الأدوات التي تتأثر درجات الممتحنين عليها بشخصية المصحح أو وجهة نظره أو خلفيته الاجتماعية أو السياسية.
- **مقاييس لفظية** : (Verbal Scales) هي تلك الأدوات التي يتم استخدام اللغة فيها بشكل رئيس في التعليمات والفقرات ذاتها.
- **مقاييس غير لفظية** : (Non – Verbal Scales) وهي تلك الأدوات التي لا يتم استخدام اللغة فيها بشكل رئيس سواء في التعليمات أو محتوى الفقرات ومدلولها.
- **الاختبار كعينة** : (Sample Test) وهو الاختبار الذي يتم تكوين فقراته عشوائياً كعينة ممثلة لمجمل الفقرات التي تشكل مجال السمة موضع الاهتمام.
- **الاختبار كمؤشر** : (Sign Test) وهو الاختبار الذي يتم تكوين فقراته بطريقة لا يمكننا القول بأنها تمثل المجال موضع الاهتمام ، إذ إن المجال في هذه الحالة لا يمكن

تحديده تماماً ، ويعرف هذا بأنه مفتوح النهاية . ويشمل ذلك مجال قياس القدرات العقلية كالذكاء وبعض السمات النفسية.

- **الذكاء :** (Intelligence) هو القدرة على الفهم ، والاستيعاب ، والتكيف بسرعة للحالات والأوضاع الجديدة ، والتعلم من الخبرات والتجارب. وهو كذلك : درجة القدرة كما تبدو من خلال أداء الفرد في الاختبارات المعدة بهدف قياس مستوى النمو العقلي.
- **درجة الذكاء:** (The Intelligent Quotient) هي مؤشر للذكاء يُعبر عنه بالنسبة بين العمر العقلي والعمر الزمني ، ويتم اشتقاقه من أداء الفرد على اختبار ذكاء مقارنة مع أداء آخرين من نفس العمر.
- **اختبار الذكاء:** (Intelligence Test) هو اختبار يقيس قدرات مكتسبة تشير للذكاء، والذكاء مقدرة عامة مستقلة عن التعلم السابق.
- **الاختبارات محكية المرجع :** (Criterion – Referenced Tests) في هذا النوع من الاختبارات يتم تحديد المعيار أو المعايير من قبل المعلم أو الأخصائي وتوضع بناءً على ما يتوقع من الطالب
- **الاختبارات معيارية المرجع :** (Norm – Referenced Tests) وفي هذا النوع من الاختبارات يقارن أداء الفرد بأداء مجموعة مرجعية أو بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها.
- **الاختبارات الفردية :** (Individualized Test) هي مجموعة الاختبارات التي يمكن أن تطبيق بصورة فردية ، مثل اختبارات الذكاء ستانفورد بينيه ، ووكسلر.
- **الانحراف المعياري:** (Standard Deviation) يعد الانحراف المعياري أكثر مقاييس التشتت استخداماً ، حيث يعتمد في حسابه على إيجاد انحراف كل درجة من درجات توزيع معين عن متوسط التوزيع.
- **صدق الاختبار :** (Test Validity) هو أن يقيس الاختبار الذي وضع من أجله ، أي مدى صلاحية الاختبار لقياس هدف أو جانب محدد.
- **الصدق التلازمي:** (Concurrent Validity) مدى ارتباط نتائج نموذجين من اختبار طُبقا في نفس الوقت.

- **صدق البناء:** (Construct Validity) مدى قياس اختبار للسمة أو السيكولوجية المصمم لقياسها . اختبارات الشخصية ، القدرة اللغوية ، التفكير الناقد هي أمثلة على اختبارات فيها صدق البناء.
- **الصدق المحكي :** (Criterion-related Validity) مدى ارتباط نتائج اختبار ما بنتائج محك خارجي (مثلاً اختبار آخر)
- **المحك :** (Criterion) مجموعة (مجال) من المعارف والمهارات المحددة تحديداً جيداً بحيث يمكن نتيجة لمقارنة أداء الفرد في الاختبار بهذا المجال أن نعرف ما يستطيع الفرد أن يؤديه وما لا يستطيع.
- **المعيار :** (Norm) توزيع لدرجات نتجت عن أداء مجموعة معيارية على أداة قياس معينة ، وبشكل أدق يُعرف المعيار بأنه النقطة الوسطية لمجموعة من درجات مجموعة من الطلبة.
- **التقييم متعدد الأبعاد :** (Multidimensional Assessment) هو التقييم الذي يتم فيه جمع بيانات عن مدى واسع من القدرات والمهارات
- **القياس التربوي:** (Educational Measurement) هو عملية تقدير كمي لما يوجد في منظومة ظاهرة أو فرد أو خاصية تربوية من سمات ، اعتماداً على أساليب وأدوات تقويم تعطي معطيات كمية ؛ أي في صورة رقمية
- **التقويم التربوي:** (Educational Evaluation) هو عملية منظومة أي تتم في خطوات متسلسلة وكل خطوة تؤثر في الأخرى وتتأثر بها ، وتهدف إلى جمع بيانات أو معلومات كمية وكيفية لتصنيفها وتحليلها في مجال تربوي معين.
- **التقويم البنائي أو التكويني:** (Formative Evaluation) عملية تشخيصية تصحيحية مستمرة ، تهدف إلى تقويم تحصيل أو أداء مجموعة من الأفراد وتحديد احتياجاتها ، وتشخيص جوانب القوة والضعف في أداء الفرد) تحصيله
- **التقويم الختامي:** (Summative Evaluation) عملية تلخيص طولية تقوم على التقدم عبر الزمن وترمي إلى إبراز أهم النتائج المتسقة المتكاملة والمبنية على مجمل التقويم البنائي .كما يهدف إلى تقويم مستوى تمكن أو إتقان مجموعة من الأفراد وتقويم مكانة الفرد من أجل تسكينه في برنامج معين أو تحديد المستوى الذي حققه

في مرحلة من مراحل تدريبه أو تعليمية متسلسلة من أجل اتخاذ قرار الانتقال إلى المرحلة التالية ، وكذلك تقويم الفاعلية النسبية لبرامج أو مناهج معينة.

- **التقويم الكمي** : (Quantitative Evaluation) هو التقويم الذي يعتمد على البيانات الكمية أو التي يمكن أن يعبر عنها بالأرقام . كالبيانات التي نحصل عليها من الاختبارات أو الاستبيانات وبعض أدوات القياس الأخرى
- **التقويم النوعي**: (Qualitative Evaluation) هو التقويم الذي يعتمد على البيانات التي نجمعها من الواقع الميداني من خلال الملاحظة والحقائب ومجتمع الرفاق وأولياء الأمور
- **اختبار قدرة** : (Ability Test) أي اختبار مقنن يصمم لقياس الاستعداد أو الذكاء ، كما ينسحب المصطلح أيضاً على الاختبارات التي تقيس التحصيل.
- **الملاحظة** : (Observation) هي أسلوب علمي في جمع المعلومات المتعلقة بسلوك محدد أو ظاهرة محددة ، ويعتمد أسلوب الملاحظة على استقبال مثيرات حسية بصرية وسمعية ، للسلوك موضوع الملاحظة وتسجيل مظاهره وتصنيفها ووصفها بطريقة علمية
- **المقابلة** : (Interview) هي أسلوب علمي منظم لجمع البيانات والمعلومات عن السلوك أو الظاهرة موضوع القياس.
- **مقاييس التقدير** : (Rating Scales) هي عملية جمع المعلومات عن السلوك الملاحظ وفق تقدير من قبل الفاحص للسلوك موضوع القياس
- **التقييم النمائي لشديدي الإعاقة** (Developmental Assessment For The Severely Handicapped) هو مقياس صمم لتزويدنا بمعلومات عن أداء شديدي الإعاقة ، ومستوى مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية واللغوية وأنشطة الحياة اليومية والمهارات الأكاديمية.
- **أسلوب التصنيف النمائي**: (Developmental Labeling Approach) وهو أسلوب لتصنيف الأطفال الذين يعانون من بعض الإعاقات يعتمد على درجة الانحراف عن معدل النمو الطبيعي

- **فترة النمو:** (Developmental Period) استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي هذا المصطلح للدلالة على الفترة الزمنية التي يقع فيها التخلف العقلي ، وهي من الميلاد وحتى سن الثامنة عشر .
- **نظام التقييم:** (Assessment System) مزيج من أنواع التقييم متعدد الأبعاد تستخدم معاً بقصد الخروج بتقرير يتضمن معلومات شاملة ، وموثوقة ، وثابتة يتم استناداً عليها صنع قرارات .
- **التقييم محكي المرجع:** (Criterion – Referenced Assessment) وهو التقييم الذي يتم من خلاله مقارنة مستوى أداء الطالب بهدف تعلمي أو بأداء معياري محدد. التقييم معياري المرجع : (Norm – Referenced Assessment) وهو الذي يتم من خلاله مقارنة مستوى أداء الطالب مع أداء مجموعة أكبر تدعى (مجموعة معيارية
- **محكات الأداء :** (Performance Criteria) هي المستويات التي يتم تقييم أداء الطالب في ضوئها . وتساعد هذه المعايير المقيمين على تحقيق الموضوعية من ناحية ، وتزويد المتعلم بمعلومات مهمة عن التوقعات التي تقود إلى الهدف أو الغاية المنشود تحقيقها من ناحية أخرى
- **الإجراء:** (Process) طريقة تعميمية تصف إنجازاً يتضمن خطوات أو عمليات ، عادة ما تكون متداخلة أو مرتبة ، وهي جزء من عملية التقييم عامة.
- **مستوى التمكن أو الإتقان:** (Mastery Level) هو المستوى الذي يصله الطالب في أدائه التعلمي . ويرتفع الطالب إليه تدريجياً من جزء من المطلوب تعلمه إلى معظمه حتى يصل إلى كل المطلوب
- **تحليل الفقرات :** (Item Analysis) هي عملية فحص استجابات المفحوصين على فقرات الاختبار للحكم على مستوى نوعية كل فقرة
- **معامل صعوبة الفقرة :** (Item Difficulty Index) هي نسبة المفحوصين الذين أجابوا تلك الفقرة إجابة صحيحة . وتمتد قيم معامل الصعوبة بين الصفر والواحد ، وتزداد درجة صعوبة الفقرة كلما قل معامل صعوبتها معامل تمييز الفقرة Item) Discrimination Index) قدرة الفقرة على التمييز بين المفحوصين من فئة ذوي الأداء المنخفض وذوي الأداء المرتفع في إجابتهم على الفقرة

- **صدق الفقرة : (Item Validity)** هو حاصل ضرب الانحراف المعياري لدرجات المتحنين على تلك الفقرة بمعامل ارتباط الدرجات على تلك الفقرة بالدرجات الكلية للممتحنين على المحك الخارجي
- **ثبات الفقرة : (Item Reliability)** هو حاصل ضرب الانحراف المعياري لدرجات المتحنين على تلك الفقرة بمعامل ارتباط الدرجات على تلك الفقرة بالدرجات الكلية على المحك الخارجي
- **حساسية الفقرة : (Item Sensitivity)** قدرة الفقرة في الاختبار محكي المرجع على التمييز بين المفحوصين الذين تلقوا تدريباً أو تعليماً أو إرشاداً معيناً وهؤلاء الذين لم يتلقوا
- **المتغير : (Variable)** صفة أو خاصية من خواص شيء أو فرد ، قد تأخذ أكثر من قيمة أو مستوى في الظروف والأوقات والحالات المختلفة ، ومن الأمثلة على ذلك متغيرات : العمر والجنس واللون والوزن والطول ، وغيرها.
- **مستوى القياس الاسمي: (Nominal Scale of Measurement)** هو المستوى الأدنى للقياس ، ويستخدم مع المتغيرات النوعية ، حيث يتولى القياس الاسمي تصنيف الأفراد أو الأشياء في عدة مجموعات وفقاً لبعض الخصائص النوعية.
- **مستوى القياس الرتبي: (Ordinal Scale of Measurement)** يُعتبر هذا النوع من المقياس تالياً للمقاييس الاسمية فهو أعلى منها ، حيث يرتب الأفراد تصاعدياً أو تنازلياً في صفة أو خاصية معينة.
- **المتوسط الحسابي: (Arithmetic Mean)** نقطة توزيع من القيم الكمية ، يعرف أحياناً بالمعدل . (Average) من ناحية أخرى ، يساوي مجموع انحرافات كافة القيم عن المتوسط الحسابي صفراً . ويتم حسابه كمياً بإيجاد حاصل قسمة مجموع القيم على عددها
- **الوسيط: (Median)** نقطة في توزيع القيم الكمية ، وهي النقطة التي يكون (50 ٪) من القيم مرتبة تصاعدياً أو تنازلياً و (50 ٪) بعدها . ويعرف الوسيط أيضاً بأنه المئين (50

- **المنوال** : (Mode) القيمة ذات التكرار الأكبر في توزيع البيانات ، وقد يحوي بعض التوزيعات أكثر من منوال . عند ذلك يدعى ذلك التوزيع بثنائي أو ثلاثي أو حتى متعدد المنوالات . وقد يكون المنوال مقداراً كمياً أو صفة نوعية.
- **التشتت**: (Variation) حالة تباعد البيانات عن بعضها بعضاً ، أو تباعدها عن أحد مؤشرات النزعة المركزية
- **المدى**: (Range) أحد مقاييس تشتت البيانات الكمية ، وهو الفرق بين أكبر قيمة وأصغر قيمة في التوزيع لذلك فهو كمية موجبة دائماً.
- **المئينات** : (Percentiles) هي القيمة التي تقسم عينة من البيانات الكمية إلى مائة قسم متساوية ، كل واحد يحوي عدداً متساوياً (بدرجة كبيرة) من البيانات.
- **التباين** : (Variance) أحد مقاييس تشتت البيانات الكمية ، وهو مجموع مربعات انحرافات القيم عن متوسطها مقسوماً على عدد القيم التي يتألف منها مجتمع البيانات ، أو مقسوماً على عدد القيم التي تتألف من عينة البيانات مطروحاً منها واحد.
- **معامل الارتباط**: (Correlation Coefficient) مؤشر كمي لقوة واتجاه العلاقة بين مجموعتين من القيم الكمية ، تتراوح قيمته بين (– 1) و (+ 1.)
- **الدرجة الخام**: (Raw Score) هي الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على اختبار معين . كما أنها تعرف بمجموع الدرجات التي حصل عليها الطالب على أجزاء الاختبار نتيجة إتباع مفتاح تصحيح معين ، لذلك الاختبار.
- **الدرجة الحقيقية**: (True Score) هي الدرجة التي لا تحوي جزءا خطأ ؛ وعادة ما تعرف بأنها معدل الدرجات التي يحصل عليها المفحوص إذا عرض عليه الاختبار عدداً لا نهائياً من المرات
- **الدرجة المعيارية** : (Scaled Score) الدرجة المناظرة للدرجة الخام على التوزيع الطبيعي ، من الأمثلة على الدرجات المعيارية درجات الذكاء (IQ) ، والمئينات والدرجات التائية والدرجات الزائية

- **الدرجة التائية** : (T - Scores) هي درجة معيارية في توزيع متوسطه الحسابي يساوي (50) وانحرافه المعياري يساوي (10) وتمتد قيم الدرجات التائية للتوزيع الواحد بين (صفر) و . (100)
- **الدرجة الزائية** : (Z - Scores) هي درجة معيارية في توزيع متوسطه الحسابي يساوي (صفراً) وانحرافه المعياري يساوي (1) . وبذلك يمكن مقارنة الدرجة مع غيرها من الدرجات التي تنتمي لنفس التوزيع ، وذلك بحساب الدرجة المعيارية الزائية لكل منها ، ومن ثم يكون التفضيل في ضوء مقدار قيمة الدرجة المعيارية(z) .

ثبات الاختبار: (Test Reliability)

- المدى الذي يقيس الاختبار ما يهدف إليه على مدى فترات زمنية ومناسبات مختلفة ، ويشير الثبات إلى مدى دقة المقياس واستقراره وخلوه من الأخطاء العشوائية .
- **خطأ القياس:** (Error of Measurement) مقدار الفرق بين الدرجة التي يحصل عليها المفحوص (الدرجة الخام أو الملاحظة) والدرجة المفترضة (الحقيقية) . ويقع خطأ المقياس في نوعين : عشوائي ومنتظم.
- **الخطأ العشوائي** : (Random Error) هو مجمل ما يؤثر على الدرجات الخام للمفحوصين من مصادر مختلفة يصعب ضبطها والحد من تأثيرها.
- **الخطأ المنتظم** : (Systematic Error) مقدار ما يؤثر على درجة المفحوص من مصادر يمكن معرفتها وبالتالي ضبطها.
- **الخطأ المعياري للقياس** : (Standard Error of Measurement) هو مقدار التذبذب المتوقع للدرجة الخام حول الدرجة الحقيقية.
- **الخطأ المعياري في التقدير** : (Standard Error of Estimate) هو الانحراف المعياري المعتمد على الفروق بين الدرجات الملاحظة والدرجات المتنبأة من خلال معرفة معامل الارتباط بين الدرجات المتنبأة والدرجات على المحك.
- **مقاييس الاتساق الداخلي:** (Internal Consistency Measures) هي معاملات تستخدم في تقدير درجة تجانس فقرات الاختبار ، أو أنها تعكس مدى ترابط استجابات المفحوصين على الفقرة الواحدة مع درجاتهم على الاختبار ككل .

- **الصدق الشكلي** : (Face Validity) ويعرف أحياناً بالصدق الظاهري ، وهو مظهر مصطنع لصدق الاختبار ، ويعرف بمدى اعتقاد أو حكم المفحوصين على أن الاختبار مفيد ويقيس ما بني من أجله.
- **الصدق التدريسي**: (Instructional Validity) مدى قياس فقرات الاختبار لمحتوى معين أو مهارة معينة كما تم تقديمه ، أو تدريسه ، أو عرضه . وهو أحد أشكال صدق المحتوى
- **الصدق المرتبط بمحك**: (Criterion – Related Validity) هو صدق المقياس المعتمد على معامل الارتباط بين الدرجات على المقياس والدرجات على المحك.
- **الصدق التزامني** : (Concurrent Validity) الصدق المرتبط بالمحك عندما يتم حساب معامل الارتباط بين كل الدرجات على المقياس والدرجات على المحك عندما يتم استخراجهما في نفس الوقت . ويعرف أحياناً بالصدق التلازمي
- **صدق التنبؤ**: (Predictive Validity) الصدق المرتبط بالمحك والذي يتم تقديره من خلال معامل الارتباط بين درجات مجموعة من الأفراد على الاختبار ودرجاتهم على اختبار آخر (المحك) يتم تطبيقه مستقبلاً.
- **الصدق التقاربي** : (Convergent Validity) الارتباط بين الدرجات على مقياس سمة معينة والدرجات على اختبارات أخرى تقيس سمات متشابهة. ويعتبر معامل الارتباط الموجب والعالي مؤشراً على وجود الصدق التقاربي
- **الصدق التمايزي**: (Discriminate Validity) معامل الارتباط بين الدرجات على مقياس سمة معينة والدرجات على مقياس يقيس سمة مختلفة أو متعاكسة . ويعتبر معامل الارتباط السالب والعالي مؤشراً على وجود الصدق التمايزي.
- **التحليل العاملي** : (Factor Analysis) أسلوب رياضي يمثل عدداً كبيراً من العمليات والمعالجات الرياضية في تحليل الارتباطات بين المتغيرات (فقرات المقياس أو الاختبار) ، ومن ثم تفسير هذه الارتباطات واختزالها في عدد أقل من المتغيرات تدعى عوامل . ويساعد التحليل العاملي في التوصل إلى أن السمة المقاسة أحادية البعد أو متعددة الأبعاد

- **ثبات النماذج المتكافئة:** (Alternative – Form Reliability) الارتباط بين نتائج نموذجين متكافئين للاختبار . والثبات هنا يعني مدى ثبات نتائج النموذجين في قياس نفس السمات
- **اختبار قدرات:** (Aptitude Test) اختبار يُصمم للتنبؤ بالتعلم أو الأداء المستقبلي إذا ما توفر التعليم أو التدريب المناسب.
- **تقييم الفريق:** (Arena Assessment) عملية تقييم يشارك فيها مجموعة من الأخصائيين في النمو والإعاقات من خلال مراقبة الطفل في أو أوضاع اللعب أو العمل الطبيعية ، ويتم عمل ملف لهذا الطفل من فبل الفريق ومقارنة ملاحظات أعضاء الفريق مع بعض المشاهدات من سلوك الطفل
- **برمجية التقييم:** (Assessment Software) برامج كمبيوتر يتم تطويرها لتقييم الأطفال باستخدام الكمبيوتر ، ويعمل ناشرو الكتب في الطفولة المبكرة على توفير مثل هذه البرمجيات كاختيارات بديلة لأدوات التقييم التقليدية
- **هدف سلوكي :** (Behavioral Objective) عبارة تعليمية أو تدريسية تشتمل على السلوك المتوقع والشروط التي يتم فيها ذلك السلوك ومستوى التمكن أو الأداء المطلوب
- **قائمة مراجعة:** (Check List) تسلسل من المفاهيم أو المهارات منظمة بطريقة تسمح بالتخطيط للتدريس وحفظ السجلات
- **تقويم تشخيصي :** (Diagnostic Evaluation) تقويم لتحليل جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الطفل ، ولتحديد طبيعة جوانب الضعف ومسبباتها.
- **مقابلة تشخيصية :** (Diagnostic Interview) مقابلة لتحديد حاجات التعلم عند الطفل ، أو لتقويم جوانب الضعف لديه . ربما تكون جزءاً من تقويم تشخيصي.
- **التقييم المبني على اللعب :** (Play – Based Assessment) تقييم للأطفال يُطبق في بيئة اللعب . نشاطات الألعاب يمكن أن تكون تلقائية أو مخطط لها . والتقييم المبني على اللعب ممكن أن يطبقه فرد أو فريق تقييم
- **تقييم قبلي:** (Pre Assessment) وهو التقييم الذي يتم قبل بداية العام الدراسي أو قبل البدء بأي تدريس في بداية العام الدراسي.

- **اختبار استعداد:** (Readiness Test) اختبار يُحدد درجة امتلاك الطالب للمهارات القبلية الضرورية للنجاح في نشاط تعلم معين.
- **معيار تصحيح** : (Rubric) أداة تصحيح مُصممة لقياس الأداء الواقعي أو العملي تُعطى فيه أوصافاً لخصائص محددة على القياس.
- **تقييم التحصيل:** (Achievement Assessment) وهو من الإجراءات التي يستخدمها المعلم ليتعرف على أداء الطالب في المهارات الأكاديمية المتعلقة بالقراءة والكتابة والرياضيات . ويستخدم المعلم في هذا النوع من التقييم اختبارات التحصيل المختلفة والتي قد تجمع بين الاختبارات المقننة أو الاختبارات غير المقننة التي يقوم هو بإعدادها

التقرير النفسي : (The Psychological Report) هو وصف علمي لحالة المفحوص الراهنة بهدف التعرف على جوانب القوة أو الضعف في جانب من جوانب شخصية المفحوص أو قدرة من قدراته العقلية

التقييم البيئي : (Ecological Assessment) هو التقييم الذي يركز على المتغيرات ذات العلاقة بالبيئة وليس الطالب نفسه (كالمهمة التعليمية ، البيئة الصفية ... إلخ.

إعادة التقويم : (Reevaluation) يُشير هذا المصطلح في ميدان التربية الخاصة إلى تقويم الطفل ذي الحاجات الخاصة مجدداً وذلك بعد التحاقه بأحد برامج التربية الخاصة ويمكن تنفيذ التقويم بناءً على طلب أسرة الطفل أو المعلم . وإذا لم يطلب أي طرف إعادة تقويم الطفل فإنه يجري بصورة دورية كل عامين أو ثلاثة (صلاح ، 2006)

ملحق رقم (2)

مصطلحات في التربية الخاصة

- Special education التربية الخاصة : أنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة و التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن و تحقيق ذاتهم و مساعدتهم على التكيف.
- Exceptional individuals : الأفراد غير العاديين هم الأفراد الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي و الحسي و الانفعالي و الحركي و اللغوي مما يستدعي اهتماماً خاصاً من قبل المربين بهؤلاء الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم و وضع البرامج التربوية و اختيار طرائق التدريس و وسائل التعليمية الخاصة بهم .
- Normal education التربية العامة : هي التربية التي تهتم بالإفراد العاديين وتتبنى منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي،بالإضافة إلى طرائق التدريس الجمعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل العمرية المختلفة،وتستخدم و سائل تعليمية عامة في المواد المتنوعة.
- Children with special needs : الأطفال ذوو الحاجات الخاصة هم أولئك الأطفال الذين يختلفون على نحو أو أخر عن الأطفال الذين يعتبرهم المجتمع عاديين.
- Impairment : الضعف هو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة و بخاصة الحالات التي تعزى للعجز الحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري.
- Disability: العجز هو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة و جود الضعف و غالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية
- Handicap : الإعاقة: يشير هذا المصطلح إلى عدم القدرة على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية .
- Disorder : الاضطراب يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي

- Exceptionalities : الحالات الخاصة وهذا المصطلح أوسع من المصطلحات السابقة حيث أنه لا يقتصر على الذين ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين(المعوقين)وإنما يشمل على الذين يكون أدائهم أحسن من أداء الآخرين(الموهوبين والمتفوقين) .
- At risk children الأطفال تحت الخطر أو المعرضين للخطر : هذا المصطلح يعود إلى الأطفال الذين ليسوا حالياً معرفياً على أنهم معاقين أو عاجزين و لكن يعتبرون أن لديهم فرصة كبيرة و غير عادية لان يتعرضوا للإعاقة،هذا المصطلح عادة يستخدم مع الرضع و الأطفال ما قبل المدرسة و ذلك بسبب الأوضاع المحيطة بالولادة أو البيئة المنزلية لذلك يتوقع أن يتعرضوا إلى مشكلات نمائية في وقت لاحق.
- Protection : الوقاية عبارة عن مجموعة من الإجراءات و الخدمات المقصودة و المنظمة التي تهدف إلى الحيلولة دون/ أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية و الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز،بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المستمر مع البيئة بأقل درجة ممكنة من المحددات و توفير الفرصة له لأن يحقق حياة أقرب ما تكون إلى الحياة العاديين.
- Behavior : السلوك هو كل ما يصدر عن الإنسان الحي من نشاط شخص يتصل بطبيعته الإنسانية و الذي يستدل به على حياته البشرية النشطة .
- Disorder : الاضطراب يعني سوء توافق الفرد مع ذاته و مع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه،أو الاضطراب يعني مجموعة من الأعراض تعكس سوء توافق الفرد و لكن هذه الأعراض لم تتطابق أو لم تتفق مع وصف معين و محدد لأحد الأمراض .
- .الانفعال نمط إستجابي معقد من التغيرات في الأنسجة العصبية و الحشوية وأنسجة الهيكل العظمي كاستجابة لمثير.أو الانفعال حالة تشير إلى الخبرات و الانفعال التي تظهر في مواقف من قبل الخوف و الغضب و سواهما من الانفعالات و تتميز الحالات الحادة من الانفعال بتعطيل الخبرات و الفاعليات اليومية العادية
- Emotional disturbance : الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان.

- Selfhood disorder : اضطرابات الشخصية إنها النتاج السلوكي لتأخر مسيرة النمو أو تعثرها أو تجمدها أو فرط حدتها أو انحرافها مما يؤدي إلى الابتعاد عن السواء بدرجة تزعج صاحبها أو من حوله .
- Conduct : التعرف أو المسلك السلوك النفسي و البدني للفرد، مع إشارة خاصة للمعايير التي تضعها الجماعة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد.
- Conduct disorder : اضطرابات التصرف بأنها النمط الثابت و المتكرر من السلوك و التصرفات العدوانية و غير العدوانية التي تنتهك فيها حقوق الآخرين و قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت و المدرسة و وسط الرفاق و في المجتمع على أن يكون هذا السلوك أكثر خطورة من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات
- Behavior disorder : الاضطراب السلوكي يتمثل في اختلافه جوهرياً من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله و بشكل متكرر مما يعتبر سلوكاً طبيعياً في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته.
- Normal السوية : هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه و مع بيئته و الشعور بالسعادة و تحديد أهداف و فلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها .
- Normal behavior : السلوك السوي هو السلوك العادي أي المألوف و الغالب على حياة غالبية الناس
- Normal person : الشخص السوي هو الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره و مشاعره و نشاطه و يكون سعيداً و متوافقاً شخصياً و انفعالياً و اجتماعياً.
- Up normal: اللاسوية فهي الانحراف عما هو عادي و الشذوذ عما هو سوي .
- Up normal behavior: السلوك اللاسوي حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه و على المجتمع أن يتدخل لحماية الفرد أو حماية
- up normal person : الشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره و مشاعره و نشاطه و يكون غير سعيد و غير متوافق شخصياً و انفعالياً و اجتماعيا

- Normal personality: الشخصية السوية الشخصية التي يتميز سلوكها بأنه سلوك بنائي إنشائي واقعي و ليس سلوكاً هروبياً .
- Up normal personality : الشخصية اللاسوية هي الشخصية التي تتأثر في خبرات سابقة في التعامل مع الناس
- Normal child الطفل السوي : أن الطفل الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة هو طفل سعيد سوي،وهو طفل قادر على إقامة علاقات إيجابية تتصف بالاستمرارية مع الآخرين، ولدية أدراك صحيح للواقع ،و تنظيم أفكاره و انفعاله، و يسعى لتحقيق أهدافه،و لديه قدرة جيدة على التحصيل الأكاديمي تتناسب مع قدراته و مفهومة عن ذاته،و عادة ما يكون جيداً على نحو ما يتوقع الآخرين منه وذلك في ضوء عمره. . جنسه
- Reality adaptation التكيف مع الواقع : قدرة الفرد على أن يتعامل مع الواقع وأن يتوافق معه كما هو بدون اللجوء إلى الميكانزيمات الدفاعية خاصة التبرير و الإسقاط.
- Repetition behavior : تكرار السلوك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنيه معينه كحصة دراسية في فصل مدرسي على سبيل المثال .
- Duration of behavior: مدة حدوث السلوك وجود أو غياب السلوك المستهدف،أي أن السلوك يعتبر شاذاً إذا زادت مدة حدوثه أو قلت كثيراً عن المألوف(العادي).
- Topography behavior طبوغرافية السلوك : هو الشكل الذي يأخذه السلوك
- Magnitude of behavior : شدة السلوك أي أن السلوك يعد شاذاً إذا كانت شدته غير عادية فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو قد يكون ضعيفا جداً
- Latency of behavior كمون السلوك أو زمن الرجع : هي الفترة الزمنية التي تمر بين المثير و حدوث السلوك.
- Psychosis : الذهان هو أحد أشكال المرض العقلي و يدل على وجود اضطراب سلوكي شديد ناتج عن فقدان الترابط بين الفرد و الدافع،و يظهر في أشكال كثيرة من بينها(الهذيان،والهلاوس)و الشخص الذهاني يكون عاجزا عن العمل و التوافق مع الحياة .

- Organic brain syndromes : متلازمة الإصابة العضوية للمخ هي اضطرابات ناتجة عن قصور في أداء نسيج خلايا المخ يترتب علية بعض الاضطرابات في السلوك مثل قصور التوجه و في الذاكرة و في الأداء العقلي و في إصدار الأحكام أو اتخاذ القرارات.
- Neuroses العصاب : هو أحد أصناف الاضطرابات النفسية،و الشخص العصابي هو شخص تتملكه أحاسيس الكآبة و الشعور بالنقص و تسيطر علية المخاوف المرضية .
- الاضطرابات نفس ـ فسيولوجيةpsycho- physiological disorder: هي مجموعة اضطرابات جسمية ناتجة عن عوامل انفعالية تظهر على الجلد و الجهاز التنفسي و الجهاز الهضمي و الجهاز العضلي .
- aggressive behavior: السلوك العدواني هو السلوك متعلم و يحدث نتيجة لإحباط الطفل سواء كان ذلك في الأسرة أو المدرسة.
- Sociopath : السلوك المضاد للمجتمع أو السوسيوباتية هو السلوك الذي يجعل الشخص خارج عن النظام
- Withdrawn behavior: السلوك الإنسحابي يصنف تحت السلوك الموجه نحو الداخل أو الذات،ويبدوا أعراضه في البعد جسمياً و انفعالياً عن الأشخاص و المواقف الاجتماعية، و يظهر هؤلاء الأطفال السلوك في المواقف الاجتماعية و العزلة،و الاستغراق في أحلام اليقظة و الكسل و الخمول و عدم إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين بسبب الفقر إلى المهارات الاجتماعية .
- Immature behavior : السلوك الفج هو ذلك السلوك الذي يصدر عن الأطفال المضطربين سلوكياً في حال مقارنة مع ما يتوقع ممن يماثلونهم في العمر الزمني من الأطفال العاديين في نفس المواقف السلوكية.
- الطفل الغير ناضج هو الطفل الذي لم ينمو سلوكياً أو نفسياً أو معرفياً أو اجتماعياً تبعاً لبعض المعايير المتعارف عليها
- Regression: النكوص التصرف بطريقة طفولية أو أساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى من قبيل الكبار و الاعتماد على الآخرين و الهروب من تحمل المسئولية وما إلى ذلك .

- ذهان الطفولة فصام الطفولة وهو نوع من الاضطرابات السلوكية و هو اضطراب نادر الحدوث و لكن يتطلب عناية شديدة عند حدوثه،و يبدوا في حدوث أوهام غريبة متمثلة في أن الأفكار يسيطر عليها رجال الشرطة و قد يبدوا على هيئه هلوسات متمثلة في صوت يطلب من الطفل التفكير في موضوعات معينة.
- : Conduct disorder الطفل ذو اضطراب المسلك هو الطفل الذي يتحدى السلطة أو يعارضها و يكون عدائياً نحو رموز السلطة و يكون قاسياً و حاقداً تهجمي و يكون شعوره بالذنب ضئيلاً
- Problem childالطفل المشكل : يعرف الطفل المشكل بأنه أي طفل يعاني من مشكلات سلوكيه أو اجتماعية أو أكاديمية بحيث يكون سلوكه منحرفاً مقارنة بأقرانه من الأطفال العاديين و تستدعي هذه المشكلات التي يعاني منها هذا الطفل تدخل مكثف و مستمر يتناول جوانب التشخيص و خدمات الإرشاد أو العلاج النفسي أو تطوير الخطط و البرامج العلاجية التدريبية .
- : Attention Deficit Hyperactivity Disorder)اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد النشاط الزائد (hyperactivity) هو الطفل الذي يبدي درجة من السلوك الحركي تفوق السلوك الحركي الأطفال في مثل سنه، و هو طفل متقلب المزاج قليل الثبات لا يهدأ .
- :Attention deficit disorder)(ADD) اضطرابات ضعف الانتباه هي حالة يفقد فيها الفرد القدرة على الانتباه للأشياء التي يتم عرضها.
- :Fire setting children الأطفال مشعلو الحرائق هي حالة معقدة لها الكثير من الأسباب تصيب الذكور أكثر من الإناث،وهذا السلوك عبارة عن محاولة متعمدة لإتلاف أو تخريب الحياة أو الممتلكات.
- : Autismالتوحد اضطراب شامل تطوري يؤثر في التواصل الشفهي و غير الشفهي و في العلاقات الاجتماعية،و غالبا ما يظهر قبل عمر ثلاث سنوات و يؤثر في تحصيل الولد التربوي،و من الخصائص الأخرى المرتبطة بحالة التوحد الحركات النمطية المتكررة،و القصور في الإدراك الحسي و الرفض لأي تغير في المحيط أو في الرتابة(الروتين) .

المراجع

المراجع العربية

- بدر، اسماعيل (1997) . مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي التوحد ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، جمهورية مصر العربية .
- الجابري، محمد (2014) التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة ، ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات . جامعة تبوك ، المملكة العربية السعودية.
- جبر، خولة (2007) **فاعلية بناء مقياس لتشخيص حالات التوحد على عينة سورية** 0 رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية: عمان: الأردن.
- الجلبي ، سوسن شاكر (2005) : التوحد الطفولي (أسبابه ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه) ، ط 1 ، مؤسسة علاء الدين للنشر والتوزيع ، دمشق .
- الحساني ، سامر (2005). **مدى فاعلية برنامج تعليمي لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحد في عمان** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان ، الأردن
- حسن ، أحمد عبد المنعم (1996) **أصول البحث العلمي** ج1 ،ط1 ، القاهرة : المكتبة الأكاديمية.
- حسن ، عبد الباسط (1985) **أصول البحث العلمي** ،ط9 القاهرة : مكتبة وهبة
- حمدان ، محمد (2002). **التوحد لدى الأطفال اضطراباته وتشخيصه وعلاجه** 0الكويت : دار التربية الحديثة .
- خطاب، محمد (2009). **سيكولوجية الطفل التوحدي** (تعريفها- تصنيفها- اعراضها- ة تشخيصها- أسبابها- التدخل العلاجي) ، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- الخطيب، جمال والصمادي، جميل والروسان، فاروق والحديدي، منى ويحيى، خولة والناطور، ميادة والزريقات، إبراهيم والعمايرة، موسى والسرور، ناديا (2011)، **مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة**0 عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
- الخطيب ، جمال الحديدي منى (2003) ، مناهج وأساليب التدريس في التربية لخاصة ، دار الفكر عمان.
- الخطيب، جمال والحديدي ، منى(2003). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين . عمان : دار حنين .
- الراوي ، فضيلة توفيق ،حماد ، أمال صالح (1992) : التوحد الإعاقة الغامضة ، الدوحة ، قطر.

- الراوي، فضيلة وحماد، امال (1999). **التوحد الاعاقة الغامضة** . الدوحة: مؤسسة حسن علي بن علي.
- الرشيدي ، بشير صالح (2000) **مناهج البحث العلمي (رؤية تطبيقية مبسطة)** ط1 الكويت : دار الكتاب الحديث
- رشيد ، خالد (2004). فاعلية التصحيح الزائد والتعزيز التفاضلي في خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى عينة من الأطفال التوحديين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا : عمان ، الأردن.
- الروسان ،فاروق الكيلاني ، عبدالله (1996) **القياس و التشخيص في التربية الخاصة** ، ط 1.عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
- الروسان ،فاروق الكيلاني ، عبدالله (2006) القياس و التشخيص في **التربية الخاصة** ط ، 2.عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
- الروسان ،فاروق (2010) **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** 0عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الروسان ،فاروق (2013) القياس و التشخيص في التربية الخاصة .عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزارع ، نايف (2003) **بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي**0رسالة ماجستير غير منشورة ، عمان : الجامعة الأردنية.
- الزريقات ، إبراهيم (2004). التوحد : **الخصائص والعلاج** . عمان: دار وائل للطباعة والنشر .
- السعد ، سميرة عبد الطيف (1992) : معاناتي و التوحد ، منشورات مركز الكويت للتوعية بالتوحد .
- سعيد ، ايمان فوزي (1998) **التشخيص النفسي** ، القاهرة : دار زهراء الشرق
- سليمان ، السيد و عبدالله ، محمد (2003) **الدليل التشخيصي للتوحديين** 0 (ط1) القاهرة: دار الفكر العربي .
- سليمان ، عبد الرحمن (2001). **إعاقة التوحد** . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- الشامي ، وفاء (2004)، **خفايا التوحد (أشكاله وأسبابه وتشخيصه)** جدة : مركز جدة للتوحد.
- شبيب ، حاسب (2008) ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من وجهة نضر الآباء ، رسالة ماجستير غير منشورة ، بريطانيا : الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح .

- شقير، زينب (2002). نداء من الابن المعاق ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- الشيخ ذيب ، رائد (2004). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف وقياس فاعليته ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان ، الأردن.
- الشمري ، طارش والسرطاوي ، زيدان (2002) صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS)0 الرياض : مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، العدد السادس
- الظاهر ، قحطان (2009). التوحد . عمان : دار وائل للطباعة والنشر.
- الصبي ، عبدالله (2003) التوحد وطيف التوحد (ط 4) الرياض : المملكة العربية السعودية ، مكتبة الملك فهد للطباعة والنشر.
- صديق ، لينا عمر (2005) . فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين واثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان ، الأردن .
- العبادي ، رائد (2006) التوحد 0 (ط 1) عمان : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع
- العباسي ، عبد الحميد (2011) التحليل العاملي ، تطبيقات في العلوم الاجتماعية 0 القاهرة: دار الفكر العربي
- عبد المعطي ، حسن (1998) : علم النفس الإكلينيكي ، دار قباء ، القاهرة .
- عدس ، عبد الرحمن (2006) أساسيات البحث التربوي (عمان · دار الفرقان للطباعة والنشر والتوزيع
- علام ، صلاح (2006) . الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية . دار الفكر ، عمان – الأردن.
علام ، صلاح (2007) . القياس والتقويم التربوي في العملية التدريسية . دار المسيرة ، عمان – الأردن.
- العلوان ، علي (2014) اشتقاق معايير تقنين أداء على الصورة الاردنية من مقياس قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC-3) للفئة العمرية من (2–13) سنة ومقارنتها بالمعايير الامريكية للمقياس رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة العلوم الإسلامية العالمية ، عمان: الأردن.
- العناني ،حنان عبد الحميد (1997) : الصفحة النفسية للطفل ، ط3 ، دار الفكر ، عمان .
- عوده ، أحمد (2004) القياس والتقويم في العملية التدريسية ط3 الإصدار الأول ، اربد : دار الأمل للنشر والتوزيع .

- عويس ، لينا (2006)، بناء وتقنين مقياس لتشخيص حالات التوحد في منطقة الخليج العربي0 رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان: الأردن.
- غانم ، شوقي (2013) تقنين مقياس لتشخيص اضطرابات طيف التوحد لدى الاطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس ، رسالة ماجستير منشورة ، الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا – كولونيا –المانيا
- غرايبة ، فوزي ، نعيم والحسن ، ربحي وعبد الله ، خالد أمين ، وأبو جبارة ،هاني (2011) اساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية ط6 ، عمان :دار وائل للنشر.
- غزال ، عبد الفتاح (1997) دراسة اكلينكيه لمدى فاعلية برنامج المرافقة لإنماء العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين ، مصر : جامعية المنوفية المجلة العلمية ، كلية الآداب ، المجلد 2
- الفهد ، ياسر (2001) استخدام حمية الغذاء الخالية من الجلوتين والكازين تساعد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، المملكة العربية السعودية : مجلة عالم الإعاقة، عدد 15 السنة الثالثة
- قزاز، إمام (2007). بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد والإعاقة العقلية والعاديين 0 رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان: الأردن .
- القمش، مصطفى (2011)، اضطرابات التوحد 0 دار المسيرة، عمان: الأردن .
- محجوب ، وجيه (2005) أصول البحث العلمي بين النظرية والتطبيق ، الإسكندرية :المكتبة المصرية.
- محمد ، عادل عبد الله (2002) مقياس الطفل التوحدي 0 (ط 2)، دار الرشاد للطباعة والنشر .
- محمد ، هاله (2001). تقييم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين شمس ، مصر .
- مرسي ، كمال (1995)، التدخل المبكر في رعاية التخلف العقلي 0 مجلة الإرشاد النفسي ، العدد الرابع ، جامعة عين شمس.القاهرة ص (30 – 48) .
- المقابلة، جمال (2014) اشتقاق معايير تقنين للأداء على الصورة الأردنية لمقياس تقدير طيف التوحد للفئة العمرية(6 – 18 عاما)، نسخة تقديرات المعلمين و مقارنتها بالصورة الأصلية للمقياس ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، جامعة العلوم الإسلامية العالمية ، عمان ، الأردن .
- معمور ، عبد المناف ملا (1997). فاعلية برنامج سلوكي تدريب في تخفيض حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي ، المجلد الأول ، القاهرة ، (2-4) ديسمبر ،(ص437- ص458)

- ملحم ، سامي (2006) مناهج البحث في التربية وعلم النفس ط 4 ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
- ميخائيل ، إمطانيوس (2006) ، القياس النفسي 0 الجزء الأول ، منشورات جامعة دمشق دمشق : سورية
- نصر ، سهى (2001) مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين 0 رسالة دكتوراه غير منشورة ،جامعة عين شمس ، القاهرة : جمهورية مصر العربية .
- هارون ، لانا (2008) **تطوير صورة أردنيه من قائمة تقييم السلوك التوحدي** 0(ATEC)، رسالة ماجستير غير منشوره ،الجامعة الأردنية. عمان .

المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association. (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** . (111.) Washington DC
- American Psychiatric Association. (1987). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** .DSM III (3th-R ed.) Washington DC .
- American Psychiatric Association . (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** -DSM IV– Text Revision . Washington DC .
- American Psychiatric Association . (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** –DSM V- Text Revision . Washington DC .
- Autism Society of America .(2006), **Pima County Chapter: Autism Resource Guide for Pima County .USA**
- Bailey A., Balton P., Butler I, Leocouterur A. Murphy . M. scotts (1993) **Prevalance of Fragile Anomaly Amongst autistic Twins and Singletons , Child Psycology ,Psychoactive** , Vol ((34) No . (5) PP 673 - 688 .
- Baron-Cohn,. (1991). **Can Autism be detected at 18 months?**. British Journal of psychology ,161, pp (839-843)
- Berument , S ,K , Rutter M. lord C. Pickles (1999) **Autism Screening The British Journal of Psychiatry** , 175, pp (444 – 451).
- Borg , W.R (1976) Gall , M.D (1983) Educational Research : An introduction (4th edition) . New York : Longman .
- Bolt, S.& Poustka , F.(2004).**The German From of the AutismDiagnostic Observation Schedule (ADOS)**: First Results on Reliability and Validity. Zeitschrift Fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotheraby, (32),pp45-50.
- California Department of Developmental Services.(2002).**Autistic Spectrum Disorders : Best Practice Guidelines for Screening , Diagnosis and Assessment .**
- Campbell M., Kafantaris V., Malon R., kowalik (1993)**Diagnostic and Assessment Issue Relation Pharmacology Therapy for children and**

adolescent – Autism Behavior Modification - vol (15), no.(3) Jully pp . 326 – 354 .

- Center of Diseases Controls and Preventions .(2014) available on : http://www.mhs.com.
- Cohen , S ; Allen , J ; Gillberg , C (1992). Can Autism Be Detected 18 Months? The Needle. The Haystack. And the CHAT , British Journal of Psychiatry , 16 , p 839-843
- Cronbach ,Lee .J. (1977) Educational Psychology .3rd Edition . Harcourt Jovanvich , Inc.New York .
- David A . Krug. Joel R. Arick , Patricia J. & Almond, p. (2008).**Autism Screening Instrument Examiner"s Manual** . USA . Pro.ed , International publisher
- Dianne E., Berkell (1992) **Autism Identification , Education and Treatment ,** New jersy ; Hove and London.
- Freeman , B.J ; Ritvo , E.R ; Guthrie , D ; Schroth , P ; Ball , J (1978). The Behavior Observation Scale for Autism: Initial methodology. data analysis. and preliminary findings on 89 children , Journal of the American Academy of Child Psychiatry , 17 , p 576-588
- Gay,L.R Educational Evaluation and Measurement :Abell and Howell Company ,1990
- Gillberg, C. & Coleman, M .(1992).**The Biology of the Autisticsyndromes,**2nd edn. London: Mac Keith Press.
- Gilliam, J. E. (1995). **The Gilliam Autism Rating Scale**(GARS). Autism, TX : PRO –ED .
- Gilliam, J. E. (2014). **The Gilliam Autism Rating Scale 3rd edition**(GARS). Autism, TX : PRO –ED .
- Hallahan, Daniel, P. Kauffman, Jamer , M.& Pullen, Paige, c. (2012). **Exceptional Learners; Introduction to special education.** Boston, New York; Allyn & Bacon.
- Al – Jabery , Mohammed (2008) **The Examination of Validity and Reliability indications Of the Jordanian Translated Arabic Version of GARS – 2** , Doctoral Dissertation not published , Wayne State University,, Detroit, Michigan ,
- Kanner, L. (1973)**Childhood Psychosis Initial Studies and New Insights,** Washington D.C , Wantson , Son , Inc.
- Koenig , Kathleen . (2001) **Assessment of Children With Pervasive Developmental Disorders** . A Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing , Available on
- http://findarticls.com/p/articls/miga3892/is200110/ai_n9002883

- Krug, D. Arick ,J. & Almond, p. (1980). **Behavior Checklist for Identifying Severely Handicapped Individuals With High Levels of Autistic Behavior .** Journal of Child Psychology and Psychiatry (21),pp221-229.

- Krug, D.A., Arick, J.R.& Almond, p.J. (2008). **Autism Screening Instrument for Educational Planning –Third Edition.** Manual. USA, PRO.ED, International Publisher.
- Lord , C ; Rutter , M ; Good , S ; Heemsbergen , J ; Jordan , H ; Mawhood , L ; Schopler , E (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized Observation of Communicative and Social Behavior , Journal of Autism and Developmental Disorder , 19 , p 185-221

- Lord, C. Rutter, M.& Le Couteur, A .(2000). **Autism Diagnostic Interview-Revised.** A revised Version of A diagnostic Interview for Care-givers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders . **Journal of Autism Developmental Disorders**:(24), pp 660 -684.

- Mehrens ,W .A. & Lehmann . I .J (1973). Measurement and Evaluation in Education and Psychology , Holt , Rinehart & Winston , Inc. New York .

- Mesivbo ,G , Shea . v . Adams . L, (2002) **Understanding Asperger Syndrome and High Function Autism** . New York ,Boston, Dordrecht , London , Moscow : Kluwer Academic Publishers

- **Metzger, B. (1999) . Lovaas A paper presented at the Leo crogan conference . december , (1999) raleigh : North Carolina USA.**

- Ming , X , Brimacamba , M , Wager , G (2007) **Prevelance of Motor Impairment in ASD , Brain & development** , vol (29) PP 569 – 571.

- Nunnally , J.C& Psychometric Theory (2nd ed) .New York : McGrow- Hill

- Reid , S, and Lee , A (1999) **Autism in Children and Adolescent** . London ; Mind

- Rutter, M . (2005). **Aetiology of autism: findings and questions.** Journal of Intellectual Disability Research :V.(49), pp 231-238.London.UK.

- Sam , Goldstein , Jack , Negalirie , (2009) **Autism Spectrum Disorders scales Manual** - Multi – Health System , USA .

- **Schopler, E. & Olley, J. (1982).Comprehen-sive educational services for autistic children : The teacch model . handbook for school psychology. New York : Wiley**

- Schopler, E., Reichler, R., Runner, B. , (1988).**The Child Autism Rating Scale (CARS)** ,Los Angeles , CA, Western Psychological Service .

- **Schreibman, L. (2000). Intensive behavioral / psycho educational treatments For autism : research Need and future direction.** Journal of Autism and developmental Disorders,30(**1**):**373-378** .

- Siegel ,Janna (1994) **Improving Teachers Attitude Toward Students With Disabilities** , Paper presented to the conference International Council of Education ,Turkey , Istanbul ,Eric , 1992 .

- AL Smadi , Jamil ,(1985) **A Validation Study of A Jordanian Version Autism Behavior Checklist**, Doctoral Dissertation .Mitchigan State University, USA
- Smalley, S.I.(1991). Genetic Influences in autism .**psychiatric Clinics** of North America ,14,125-139
- Strock , Margaret . (2004) **Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders** , NIH , National Institute Of Health , USA .
- Stufflebeam , D.l.(1985)Systematic Evaluation, Boston : Kluwer ,Nijhoff
- Tasi, Luke,Y.(2003). **Pervasive Developmental Disorders**. Application of the National Dissemination Center for Children with Disabilities:FS20.
- Tidmarsh. L. and Volkmar, F. R. (2003) **Diagnosis and epidemiology of autism spectrum** . Journal of Psychiatry 48(1) PP 115 – 129.
- Wing , Lorna. (1993) **The Definition and Prevalence of Autism A review** . European Child and Adolescent Psychiatry Journal . vol (2) pp 117 – 128
- Wong , V. Hui , S. ,Lee ,C. ,Leung, J., Lau ,C., Fung ,W.& Chung ,B.(2004). A **Modified Screening Tool for Autism (Checklist of Autism in Toddlers** (CHAT-23) for Chinese Children . **Pediatrics Journal**: 114(2),pp166-176.
- World Health Organization . (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and behavioral disorders : Clinical descriptors and diagnostic guidelines.** Geneva: Author.
- World Health Organization . (1996). **The ICD-10 Classification of Mental and behavioral disorders : Clinical descriptors and diagnostic guidelines.** Geneva: Author
- World Health Organization . (2007). **International Statistical Classification of Deases and Related Health Problems** – 10th Revision . Geneva: Author .
- Zager, D. (2005), **Autism Spectrum Disorder**: Identification , Education and Treatment London: Lawrence Erlbaum Associates.

المراجع الالكترونية -

- www.manar-se –net
- www.gulifkids.com
- www.arabpsynet.com/Documents/DocChaqibRedefMentIllness
- http://www.hayatnafs.com/specialtopics/dsm5-the-big-changes.htm
- . http://www.alamuae.com/uae/showtopics-841.html
- http://shifaportal.com/index.php/-mental-health

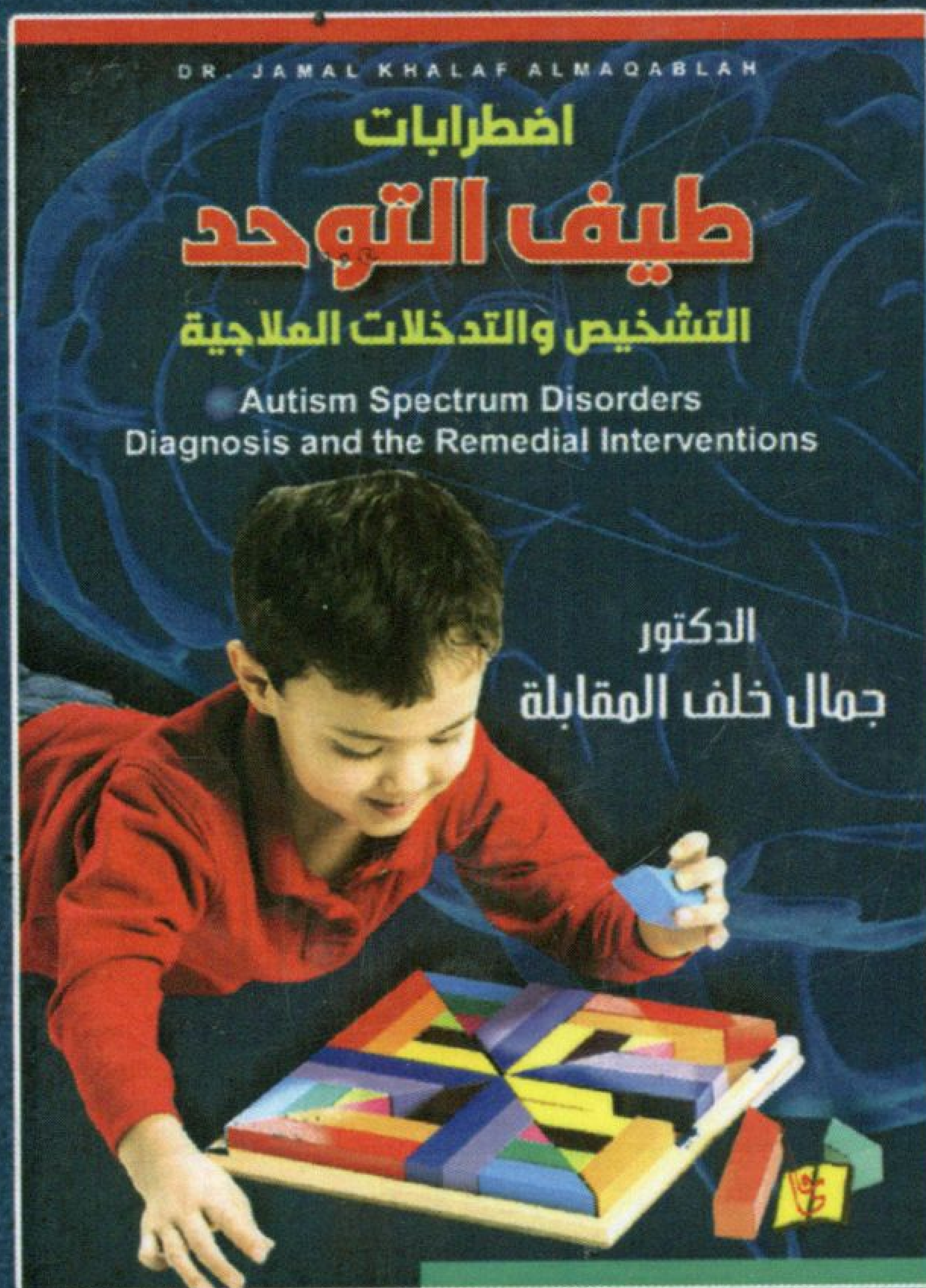
المحتويات

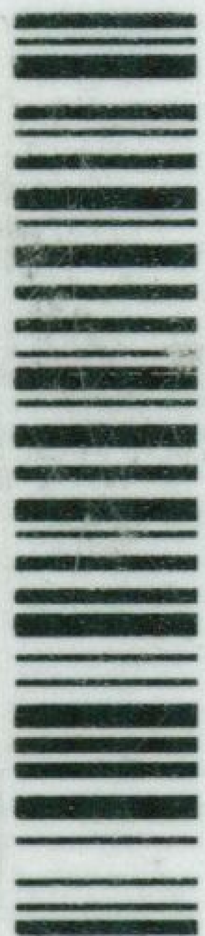
اضطرابات

طيف التوحد

التشخيص والتدخلات العلاجية

Autism Spectrum Disorders
Diagnosis and the Remedial Interventions







دار يافا العلمية للنشر والتوزيع
الأردن - عمان - الأشرفية
تلفاكس : 0096264778770
ص.ب 520651 - عمان 11152 الأردن
Email:dar_yafa@yahoo.com